

---

**UNIVERSIDAD DE CUENCA**



**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**

**ESCUELA DE MEDICINA**

**CALIDAD DE VIDA ANTES Y DESPUÉS DE: ADENOIDECTOMÍA,  
AMIGDALECTOMÍA Y ADENOAMIGDALECTOMÍA EN PACIENTES DEL  
HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO, CUENCA.**

**ENERO 2012 - JUNIO 2016.**

**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN PREVIA A LA  
OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE MÉDICA**

**AUTORAS:** ANGÉLICA VIVIANA SÁNCHEZ ZAMORA

AMANDA CARLA SAQUISILI REYES

**DIRECTOR:** DR. SEGUNDO NAPOLEÓN ALVARADO BECERRA

**ASESOR:** DR. JULIO ALFREDO JARAMILLO OYERVIDE

**CUENCA- ECUADOR**

**2016**

## RESUMEN

**Antecedentes.** La calidad de vida (CV) es considerada sinónimo de bienestar. La hipertrofia de adenoides y amígdalas palatinas afectan la calidad de vida, la cual se ha investigado a nivel mundial, pero no se han realizado estudios previos a nivel local.

**Objetivo general.** Determinar la calidad de vida antes y después de: adenoidectomía, amigdalectomía y/o adenoamigdalectomía en pacientes operados en el servicio de otorrinolaringología del Hospital Vicente Corral Moscoso (HVCM), de enero 2012 a junio 2016.

**Metodología.** Estudio cuantitativo, descriptivo, observacional, retrospectivo; en 74 niños de 0 a 14 años operados de adenoidectomía, amigdalectomía y/o adenoamigdalectomía en el servicio de otorrinolaringología del HVCM. La información se recolectó de las historias clínicas y del formulario de recolección de datos donde consta el Cuestionario OSA-18 y la Escala Graffar modificada. Se usaron las medidas estadísticas frecuencia absoluta y porcentaje y se calculó la Prueba de McNemar; mediante el programa SPSS 15.00 versión evaluación.

**Resultados.** La media de la edad fue  $7.01 \pm 3.32$ , la patología fue más frecuente en el sexo masculino 56,8%, la adenoamigdalectomía 59,5% fue la cirugía que más se efectuó, predominó el nivel socioeconómico medio bajo 39,2%, existen diferencias estadísticamente significativas en la CV antes y después del tratamiento quirúrgico, McNemar  $p= 0,000a$ .

**Conclusiones.** El tratamiento quirúrgico mejora la CV en niños con hipertrofia de adenoides y amígdalas con indicación quirúrgica.

**Palabras claves.** CALIDAD DE VIDA, APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO, ADENOIDECTOMIA, AMIGDALECTOMIA.



## ABSTRACT

**Background.** The quality of life (QOL) is considered synonymous of welfare. Enlarged adenoids and tonsils affect quality of life, which has been researched worldwide, but previous studies have not been conducted locally.

**Objective.** To determine the quality of life before and after: adenoidectomy, tonsillectomy and / or adenotonsillectomy in patients operated in the service of otolaryngology Vicente Corral Moscoso Hospital (HVCN), from January 2012 to June 2016.

**Methodology.** Quantitative, descriptive, observational, retrospective study; 74 children from 0 to 14 years operated on adenoidectomy, tonsillectomy and / or adenotonsillectomy in otolaryngology service of HVCN. The information was collected from medical records and data collection forms which consists Questionnaire OSA-18 and Graffar Scale modified. Statistical measures absolute frequency and percentage were used and McNemar test was calculated; using SPSS version 15.00 program evaluation.

**Results.** The mean age was  $7.01 \pm 3.32$ , the disease was more common in males 56.8%, adenotonsillectomy surgery was performed most frequently 59.5%, the average socioeconomic level was below 39.2%; exist statistically significant differences in QOL before and after surgical treatment, McNemar  $p=0,000a$ .

**Conclusions.** Surgical treatment improves QOL in children with enlarged adenoids and tonsils with surgical indication.

**Keywords.** QUALITY OF LIFE, OBSTRUCTIVE SLEEP APNEA, ADENOIDECTOMY, AMIGDALECTOMY.



## CONTENIDO

Resumen:.....	2
Abstract:.....	3
1.1. Introducción:.....	12
1.2. Planteamiento del problema:.....	13
1.3. Justificación:.....	14
2. Fundamento teórico: .....	15
2.1. Calidad de vida.....	15
2.1.1. Categorías de definiciones de calidad de vida.....	15
2.1.2. Evaluación de la calidad de vida.....	16
2.1.3. Instrumentos de medición de la calidad de vida .....	17
2.2. Anatomía.....	18
2.3. Fisiología del anillo del Waldeyer.....	19
2.4. Síntomas y signos de hipertrofia de adenoides y amígdalas palatinas...	20
2.5. Diagnóstico.....	23
2.6. Tratamiento quirúrgico.....	24
2.7. Técnicas quirúrgicas para amigdalectomía.....	25
2.8. Técnicas quirúrgicas para adenoidectomía.....	27
2.9. Indicaciones quirúrgicas.....	27
3. Hipótesis.....	30
4. Objetivos: .....	30
4.1. Objetivo general:.....	30
4.2. Objetivos específicos .....	30
5. Diseño metodológico .....	31
5.1. Tipo de estudio:.....	31
5.2. Área de estudio: .....	31
5.3. Universo y muestra: .....	31
5.4. Criterios de inclusión.....	31
5.5 Criterios de exclusión.....	31
5.6. Variables.....	32
5.7. Operacionalización de variables: .....	32
5.8. Métodos, técnicas e instrumentos:.....	32



---

5.9. Procedimientos .....	34
5.10. Plan de tabulación y análisis.....	35
5.11. Aspectos éticos: .....	36
6. Resultados:.....	37
7. Discusión:.....	42
8. Conclusiones.....	48
9. Recomendaciones.....	49
10. Bibliografía .....	50
11. Anexos: .....	60



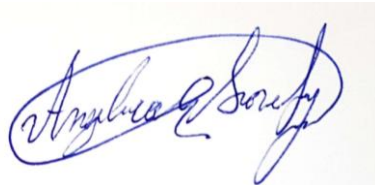
## LISTA DE TABLAS

Tabla 6.1. ....	37
Tabla 6.2. ....	38
Tabla 6.3. ....	38
Tabla 6.4. ....	39
Tabla 6.5. ....	39
Tabla 6.6. ....	40
Tabla 6.7. ....	41
Tabla 5.7. ....	60

## CLÁUSULA DE RESPONSABILIDAD

Yo, **ANGÉLICA VIVIANA SÁNCHEZ ZAMORA**, autora del proyecto de investigación: **“CALIDAD DE VIDA ANTES Y DESPUÉS DE: ADENOIDECTOMÍA, AMIGDALECTOMÍA Y ADENOAMIGDALECTOMÍA EN PACIENTES DEL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO, CUENCA. ENERO 2012 - JUNIO 2016”**. Certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de las autoras.

Cuenca, 27 de diciembre del 2016.



**ANGÉLICA VIVIANA SÁNCHEZ ZAMORA**

CI: 0105094262

## CLÁUSULA DE RESPONSABILIDAD

Yo, **AMANDA CARLA SAQUISILÍ REYES**, autora del proyecto de investigación: **“CALIDAD DE VIDA ANTES Y DESPUÉS DE: ADENOIDECTOMÍA, AMIGDALECTOMÍA Y ADENOAMIGDALECTOMÍA EN PACIENTES DEL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO, CUENCA. ENERO 2012 - JUNIO 2016”**. Certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de las autoras.

Cuenca, 27 de diciembre del 2016.



**AMANDA CARLA SAQUISILÍ REYES**

CI: 0301593331



## DERECHOS DE AUTOR

YO, **ANGÉLICA VIVIANA SANCHEZ ZAMORA**, autora del proyecto de investigación: **“CALIDAD DE VIDA ANTES Y DESPUES DE: ADENOIDECTOMÍA, AMIGDALECTOMÍA Y ADENOAMIGDALECTOMÍA EN PACIENTES DEL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO, CUENCA. ENERO 2012 – JUNIO 2016”**, reconozco y acepto el derecho de la Universidad de Cuenca, en base al Art. 5 literal C de su reglamento de propiedad intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este requisito para la obtención del título de Médica General. El uso que la Universidad de Cuenca hiciere de este trabajo, no implicará afección alguna a mis derechos morales o patrimoniales como autora.

Cuenca, 27 de diciembre del 2016



**ANGÉLICA VIVIANA SANCHEZ ZAMORA**

CI: 0105094262

## DERECHOS DE AUTOR

YO, **AMANDA CARLA SAQUISILÍ REYES**, autora del proyecto de investigación: **“CALIDAD DE VIDA ANTES Y DESPUES DE: ADENOIDECTOMÍA, AMIGDALECTOMÍA Y ADENOAMIGDALECTOMÍA EN PACIENTES DEL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO, CUENCA. ENERO 2012 – JUNIO 2016”**, reconozco y acepto el derecho de la Universidad de Cuenca, en base al Art. 5 literal C de su reglamento de propiedad intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este requisito para la obtención del título de Médica General. El uso que la Universidad de Cuenca hiciere de este trabajo, no implicará afección alguna a mis derechos morales o patrimoniales como autora.

Cuenca, 27 de diciembre del 2016



**AMANDA CARLA SAQUISILÍ REYES**

CI: 0301593331



## AGRADECIMIENTOS

Nuestro más sincero agradecimiento al Dr. Segundo Alvarado Becerra y al Dr. Julio Jaramillo Oyervide por su dirección y asesoría, además del constante apoyo, orientación, consejos, aporte de conocimiento y tiempo brindado.

Extendemos nuestro agradecimiento a la Escuela de Medicina de la Universidad de Cuenca, al Hospital Vicente Corral Moscoso con especial mención al servicio de otorrinolaringología por facilitar la realización de este proyecto de investigación.

Finalmente retribuir a nuestros queridos padres, hermanas/os y amigas/os cercanos por la paciencia, tolerancia y apoyo incondicional en el transcurso de nuestra carrera universitaria.

*“Cuando la gratitud es tan absoluta, las palabras sobran”. –Álvaro Mutis.*

**Las autoras**

## 1. INTRODUCCIÓN

La calidad de vida (CV) define la satisfacción del individuo en el ámbito social, psicológico, físico y ambiental; a pesar de la gran variedad de criterios que incluye éste tema (1).

En la presente investigación se toma en cuenta los siguientes criterios: trastornos del sueño, sufrimiento físico, sufrimiento emocional, problemas diurnos, grado de preocupación del cuidador, valorados mediante el cuestionario sobre la calidad de vida para apneas obstructivas del sueño en pediatría (OSA-18) (2,3); y el nivel socioeconómico evaluado a través de la Escala Graffar modificada (4,5) de los pacientes que fueron intervenidos quirúrgicamente de: adenoidectomía, amigdalectomía y/o adenoamigdalectomía en el servicio de otorrinolaringología del Hospital Vicente Corral Moscoso (HVCM).

La hipertrofia de adenoides y amígdalas palatinas son patologías comunes en la población pediátrica que modifican su calidad de vida. De acuerdo a estudios realizados en Ecuador por Ruiz y cols (6), en el Hospital “León Becerra” del cantón Milagro se establece que la incidencia de hipertrofia de adenoides es de 15%, y predomina en el sexo masculino en 52%; otra investigación desarrollada por Sánchez (7), 2010; en el Hospital del IESS de Riobamba da como resultado 14% de prevalencia de hipertrofia de adenoides.

No se han realizado estudios que describan los cambios en la calidad de vida en los pacientes intervenidos quirúrgicamente por hipertrofia de adenoides y/o amígdalas palatinas en el HVCM, a pesar de que brinda atención a pacientes de la Zona 6 de Salud, conformada por las provincias de Azuay, Cañar y Morona Santiago.

### 1.1. Planteamiento del problema

La hipertrofia de adenoides junto con la hipertrofia de amígdalas palatinas, producen obstrucción de la vía aérea superior y se asocian con el síndrome de apnea obstructiva del sueño, que a su vez se ha demostrado está relacionado con cambios en la calidad de vida de los pacientes (8).

En un estudio realizado por Escarrá y Cols (2), en Argentina que tuvo como objetivo describir las diferencias en la CV antes y después de la adenoidectomía y/o amigdalectomía, en comparación con un grupo de niños sanos. Se encontró, que afecta la CV en los niños del grupo de casos: de forma leve en 37,6%, moderada en 32.9% y grave en 29,4%; en tanto que en el grupo de control afecta de forma leve en el 96%.

El objetivo de Hasukic (9), mediante un estudio efectuado en Bosnia y Herzegovina; fue estimar la CV en niños con trastornos respiratorios del sueño (TRS) antes y después de la adenoidectomía y adenotonsilectomía utilizando la encuesta OSA-18. El mismo que concluye que la cirugía mejora la CV en los niños con TRS que tienen como etiología la hipertrofia adenoamigdalas.

En otra investigación desarrollada en China por Jiang y Cols (10), con el objetivo de investigar la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en niños de 5-7 años con diagnóstico de hipertrofia de adenoides y el impacto de la hipertrofia de adenoides en las familias afectadas; se determinó que la edad de los niños, la relación de los niños con los cuidadores, el nivel educativo del cuidador, CV del cuidador y tamaño de los adenoides influyen en la CVRS en niños con hipertrofia de adenoides.

Investigaciones actuales han puesto en evidencia que la amigdalectomía sirve para mejorar o resolver los trastornos respiratorios del sueño en un gran porcentaje de pacientes. También se ha demostrado que los parámetros de comportamiento y rendimiento escolar mejoran notablemente después de la resolución de la apnea obstructiva del sueño (8,11).

Por los antecedentes previamente citados hemos visto necesaria la realización de una investigación, cuyos resultados sirvan de evidencia local para que los profesionales de la salud y estudiantes conozcan los cambios que experimentarán los pacientes, posteriores a: adenoidectomía, amigdalectomía y/o adenoamigdalectomía y a su vez pueda compararse con los resultados encontrados a nivel mundial.

¿Mejora la calidad de vida luego de: adenoidectomía, amigdalectomía y/o adenoamigdalectomía en los pacientes con hipertrofia de adenoides y/o amígdalas faríngeas, operados en el servicio de otorrinolaringología del Hospital Vicente Corral Moscoso, durante el período enero 2012 – junio 2016?

## **1.2. Justificación**

La hipertrofia de adenoides y amígdalas palatinas tienen una prevalencia e incidencia altas, los resultados de nuestra investigación serán útiles para los pacientes en los que esté indicada la adenoidectomía, amigdalectomía y/o adenoamigdalectomía; quienes podrán tener evidencia de los cambios que presentarán en su calidad de vida luego de la cirugía. A su vez éste trabajo respaldará el consejo del médico dirigido a los padres y/o tutores de los pacientes, al tomar en cuenta las opciones de tratamiento para éstas patologías.

Por otra parte, en nuestro país se han realizado pocos estudios relacionados con el contenido de ésta investigación, más aún a nivel local no contamos con estudios previos y por ello nos proponemos facilitar nuevo material de investigación para los interesados en el tema, con la finalidad de que se realice el diagnóstico y tratamiento oportuno de éstas patologías para reducir el impacto en la CV y los gastos en salud que esto implica.



A nivel internacional se está investigando la CV con más énfasis en los últimos años, lo que nos permitirá comparar los resultados de este estudio con los obtenidos en otras partes del mundo.

## **2. FUNDAMENTO TEÓRICO**

### **2.1. Calidad de vida**

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS). el concepto calidad de vida comprende “la percepción del individuo de su posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores en el cual él vive y en relación a sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones” (1,12-16).

La calidad de vida (CV) es multidisciplinaria, actualmente fusiona varias ramas de las ciencias: economía, medicina y ciencias sociales, compartiendo características comunes a todos los individuos (1,17,18). Por otra parte, La calidad de vida relacionada a la salud (CVRS), concepto que suele ser reemplazado por calidad de vida (12); es usado en medicina para evaluar la percepción que el paciente tiene de su enfermedad luego de intervenciones médicas, asociada a su bienestar físico, mental y social (13-16).

En el ámbito de la investigación a partir de 1980 se ha estudiado la calidad de vida en la infancia y adolescencia, este nuevo abordaje ha incluido la situación biopsicosocial de los niños y niñas explorando su funcionamiento físico, psicológico y social tomando en consideración su propia perspectiva en la evaluación de sus condiciones de existencia (17,19-21). Sin embargo, en Iberoamérica siguen siendo pocas las investigaciones centradas en la CV en la niñez (14).

#### **2.1.1. Categorías de definiciones de calidad de vida**

Debido a que existe una gran variedad de definiciones de CV, para su mejor comprensión estas definiciones han sido agrupadas por categorías, Borthwick-Duffy, 1992 y Felce & Perry, 1995 (1,17,18); las han resumido en las siguientes:

**Condiciones de vida:** en ésta categoría la CV es evaluada objetivamente y permite comparar a una persona con otra, tomando en cuenta indicadores como: salud física, factores socioeconómicos, relaciones sociales, actividades funcionales u ocupación (1,17,18).

Tomar en consideración únicamente esta categoría para definir CV traería problemas, debido a que los parámetros para evaluar condiciones de vida varían dependiendo de los individuos y de la sociedad. Además, en el bienestar global influyen: el ambiente cultural, económico y político sin dejar de lado el bienestar subjetivo de los individuos (1,18).

**Satisfacción con la vida:** hace referencia a la CV como sinónimo de satisfacción personal o sentido de bienestar subjetivo restándole importancia a las condiciones de vida (1,17,18). Debido a que es afectada por la experiencia, el juicio de la persona en una determinada situación, su conciencia y grado de introspección necesarios para una autoevaluación, los parámetros y estándares con los que una persona se valoraría a si misma se verían afectados (1).

**Condiciones de vida + Satisfacción con la vida:** esta categoría considera la CV desde el punto de vista objetivo y subjetivo, en cada ámbito de la vida en particular, puesto que son interpretadas de acuerdo a la importancia dada por la persona (17,18). A la CV global se le daría más valor si se consideran los sentimientos de satisfacción frente a diversos aspectos de la vida (1).

Posteriormente se agregó en 1995 una nueva categoría que además de considerar las condiciones de vida y la satisfacción con la vida, toma en consideración los valores, aspiraciones y expectativas personales (1,17). Estos parámetros se encuentran en un proceso dinámico en el cual cada uno puede influir sobre el otro (18).



---

### 2.1.2. Evaluación de la calidad de vida

La CV es una medida de autopercepción del bienestar obtenido por cada persona de los elementos objetivos y subjetivos en distintas dimensiones de su vida (1,18,19,21), estando influida por su salud física, estado psicológico, nivel de independencia, relaciones sociales y la relación con los elementos de su entorno (14).

Cabe recalcar los aspectos de la CV que deben ser tomados en consideración el momento de evaluarla: es multidimensional, subjetiva, el puntaje asignado a cada dimensión es diferente en cada persona y el valor asignado a cada dimensión puede cambiar a través del tiempo (1,19). Por ello se debe incluir la evaluación de experiencias comunes a todas las personas y además las experiencias únicas de los individuos (18).

El creciente interés de los investigadores por la CV de las personas ha permitido el desarrollo de distintas estrategias e instrumentos para recolectar y obtener información fiable en la evaluación de la CV (18).

### 2.1.3. Instrumentos de medición de la calidad de vida

Existe una gran variedad de instrumentos que miden calidad de vida, la elección de esta herramienta dependerá de la visión del investigador respecto a los parámetros que desee evaluar y de su concepto sobre la CV. La mayoría de los instrumentos son cuestionarios que contienen preguntas o ítems, los cuales recogen información sobre diversas dimensiones de la CV y se clasifican en: genéricos y específicos (12,15,18):

**Genéricos:** son utilizados para evaluar la CV de la población general y frecuentemente sana, contemplando intereses comunes a toda la población (12).



**Específicos:** valoran el impacto de un problema específico de salud sobre la calidad de vida de una persona, no pueden utilizarse fuera del contexto para el que fueron diseñados (12).

Es frecuente el uso combinado de ambos tipos de instrumentos (15).

## **2.2. Anatomía**

### **2.2.1. Anillo de Waldeyer**

Es la suma de conglomerados de tejido linfóide que conforman una estructura de forma circular en la faringe. Se le conoce también como tejido linfóide asociado a la nasofaringe (NALT) (22-25).

Se divide en cuatro grupos de amígdalas: linguales, palatinas, tubáricas y faríngeas o adenoides (23,24,26); entre estos encontramos tejido linfóide difuso, a nivel submucoso de la pared faríngea (22).

### **2.2.2. Amígdalas palatinas**

Están rodeadas por una cápsula y recubiertas por un epitelio críptico linforeticular con un importante papel inmunológico. Se encuentran ubicadas en la unión de la cavidad bucal y la orofaringe, denominada cavidad amigdalina (8), limitada por los músculos palatogloso, palatofaríngeo y constrictor faríngeo superior (22,27); su irrigación proviene de la arteria faríngea ascendente, palatina ascendente, ramas de la arteria facial y lingual. Su inervación por el IX par y ramas del nervio palatino menor (23,28).

### **2.2.3. Amígdalas faríngeas o adenoides**

El tejido adenoideo se encuentra en el techo de la nasofaringe o cavum comprendido entre las coanas y el tubérculo faríngeo, a diferencia de las amígdalas palatinas no presenta cápsula (22). Este tejido produce principalmente inmunoglobulina A (IgA). Es un tejido muy activo en la infancia y

comúnmente ya no se encuentra visible macroscópicamente en adultos. Su irrigación proviene de las ramas faríngeas de la carótida externa, maxilar interna y facial. Su inervación está dada por el IX y X par craneal (23,28).

### **2.3. Fisiología del anillo de Waldeyer**

EL anillo de Waldeyer es una estructura con características inmunológicas especiales, con importancia tanto en la inmunidad local como sistémica (22,23). La mayor relevancia inmunológica del anillo de Waldeyer se encuentra en la infancia, de 3 a 11 años, con una posterior involución en la adolescencia (8,25,26).

Las amígdalas y adenoides se encuentran ubicadas en un lugar estratégico para iniciar la respuesta inmunitaria ante los antígenos que ingresan por la cavidad nasal y bucal (8); protegiendo las vías respiratorias inferiores, el tubo gastrointestinal y además con la capacidad de desarrollar memoria antigénica (22,25).

El revestimiento epitelial de las amígdalas está conformado por células de membrana (células “M”) que se comportan como células presentadoras de antígenos (CPA) (22); capturan los antígenos y los llevan con las células dendríticas y macrófagos, que procesan los antígenos y los presentan a los linfocitos T cooperadores (8).

Estos linfocitos estimulan la producción de linfocitos B foliculares para expresar las células B de memoria que migrarán a los sitios donde ingresaron los antígenos y células plasmáticas para la producción de anticuerpos. Principalmente se producen IgG e IgA, siendo esta última la más importante en el sistema inmune amigdalino (8,22,23,25).

Las inmunoglobulinas producidas además de ser liberadas a la circulación son excretadas hacia el tubo digestivo, resisten la proteólisis del jugo gástrico, por lo que son considerados componentes importantes en la defensa sistémica y no solo orofaríngea (22,25).



En la respuesta inmunológica local, los linfocitos emigran desde el interior de la amígdala hacia el epitelio amigdalal, este epitelio se va dilacerando y forma una sustancia amorfa denominada caseum; a partir de este acontecimiento el epitelio inicia su regeneración y un nuevo ciclo (22).

#### **2.4. Síntomas y signos de hipertrofia de adenoides y amígdalas palatinas**

La hipertrofia de adenoides y amígdalas palatinas afecta al 2 a 4% de niños entre 2 y 8 años (23,29) es la principal causa de trastornos respiratorios del sueño en los pacientes pediátricos manifestándose principalmente con el síndrome de apnea hipoapnea obstructiva del sueño (SAHOS) (8,30-32). Además, es la tercera enfermedad respiratoria más frecuente después del asma bronquial y enfermedad pulmonar obstructiva crónica (33).

El SAHOS es un trastorno frecuente, crónico y de evolución progresiva. Se caracteriza por episodios repetidos de obstrucción parcial o completa de la faringe durante el sueño, por lo que se interrumpe la oxigenación y los patrones del mismo (8,29-34)

La hipoxia intermitente está implicada en el stress oxidativo y activación simpática del sistema renina-angiotensina-aldosterona y fabricación de citoquinas vasoactivas y proinflamatorias que llevan al incremento del tono simpático, de la frecuencia cardíaca, presión arterial y disfunción endotelial (32,33).

La bradicardia, aumento del retorno venoso y del gasto cardíaco producidos por el mayor esfuerzo durante la inspiración, y éste sumado a la hipoxia intermitente e hipercapnea, estimulan receptores específicos que provocan microdespertares inconscientes, que rompen el curso normal del sueño y su estructura (31,33,34).

Se estima que un 30% de niños menores de 5 años presentan alteraciones del sueño (8,29). El SAHOS está asociado a mayor morbilidad cardiovascular,



neurocognitiva, metabólica, deterioro de la calidad de vida, el aprendizaje y la conducta (30-33).

De acuerdo a la Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos del Sueño en la Infancia y Adolescencia en Atención Primaria (29), los síntomas diurnos del SAHOS son: somnolencia marcada, cansancio y sueño poco reparador; mientras que los síntomas nocturnos se manifiestan como ronquidos, apneas o pausas detectadas por personas acompañantes (23,31).

#### 2.4.1. Síntomas funcionales

**Ronquido:** ruido provocado durante el sueño por la vibración de los pilares anteriores y partes blandas del paladar por el paso de aire por un área con menor calibre en la faringe (29,30,34,35). En niños es el síntoma principal y se presenta hasta en el 27% de los SAHOS, tiene valor práctico cuando se presenta más de dos noches por semana, más de tres semanas, sin infección de la vía respiratoria superior (33).

**Pausas respiratorias o apneas:** episodios recurrentes luego de los cuales se presenta hiperventilación y movimientos corporales no perceptibles por el paciente, pero si por el acompañante (33). En los niños hay menor fragmentación del sueño y menos despertares, las hipoapneas son más frecuentes y respiran mejor en posición supina (29).

**Hipersomnolencia diurna o excesiva somnolencia durante el día (ESD):** déficit de sueño en los pacientes debido a fragmentación del mismo por los microdespertares, con menores o falta completa de etapas reparadoras del sueño (29,33). El 7% de los niños con SAHOS presentan ESD (32).

En los niños la hipersomnolencia es poco frecuente presentándose en casos graves y en niños obesos (29,35); manifestándose, frecuentemente el déficit de sueño como hiperactividad, agresividad, déficit atencional, mala memoria de corto plazo y un inadecuado desempeño académico (30).

**Retraso en el crecimiento:** como consecuencia del sueño superficial y fragmentado disminuyen los niveles de hormona del crecimiento, factor del crecimiento insulínico tipo 1 (32); a esto puede coadyuvar la falta de apetito, la necesidad de mayor energía debido a la obstrucción respiratoria y efectos a nivel central tanto de la hipercarbica como de la acidosis (33).

**Efectos cardiovasculares:** la hipoxia e hipercarbica crónicas provocan que la resistencia vascular pulmonar se incremente, dando como resultado hipertensión pulmonar que a su vez lleva a una sobrecarga en el ventrículo derecho, incluso puede complicarse con un cor pulmonale (30,32-34).

**Efectos metabólicos:** las citoquinas proinflamatorias producidas por la hipoxia intermitente luego de varias etapas como punto final produce un síndrome metabólico, el mismo que incluye alteraciones en los lípidos y resistencia a la insulina (29,32,33).

**Enuresis:** es facilitada por un incremento en la producción de hormona natriurética atrial, disminución en la estimulación del sistema renina-angiotensina-aldosterona, aumento del umbral para despertar e incremento en la fabricación de catecolaminas que disminuye el tono muscular en la vejiga. Es más frecuente en niños de sexo masculino (30,33). La adenoamigdalectomía resuelve la enuresis en un 50% de los casos (8,35).

**Cambios conductuales:** el 47 % de niños con SAHOS han tenido problemas conductuales (29). Existe un 23% de comorbilidad entre los TRS y el trastorno por déficit de atención-hiperactividad (TDAH) (32). La frecuencia de alteraciones en la conducta y problemas de atención es 3 veces mayor en los niños con TRS (35).

**Respiración bucal:** cuando la hipertrofia adenoamigdalar es importante se encuentra una respiración bucal obligada, misma que es causante de trastornos en el desarrollo dentofacial (26,29,35,36).

Además, en la hipertrofia de adenoides las coanas pueden obstruir la vía aérea, por lo tanto, en la clínica podemos encontrar obstrucción nasal, rinolalia,

rinorrea persistente, voz nasal o rinofonía cerrada, y halitosis. La sinusitis crónica o recurrente también se puede presentar debido a la alteración en el transporte mucociliar con la posterior ectasia de secreciones (36).

Al encontrarse los adenoides en íntima relación con la desembocadura de la Trompa de Eustaquio, puede presentarse una disfunción de la misma, otitis media con efusión y otitis media aguda recurrente (36).

#### 2.4.2. Síntomas orgánicos

**Facies adenoidea o síndrome de cara larga:** consiste en el desarrollo facial anormal y mala oclusión dental, en respuesta a la respiración bucal. El tercio inferior facial está incrementado, lo que se denomina cara larga; además presenta hipoplasia malar, ausencia de pómulo, surcos nasogenianos profundos, ausencia del sellado labial o incompetencia labial (36,37).

**Características bucales:** protrusión de la arcada superior y posición baja de la lengua con avance anterior e interposición de la lengua entre los incisivos (36).

### 2.5. Diagnóstico

#### 2.5.1. Hipertrofia de amígdalas palatinas

**Escala de Brodsky:** determina el tamaño de las amígdalas por visualización directa y las clasifica de acuerdo a su tamaño tomando en cuenta el porcentaje de vía aérea orofaríngea que ocupan las dos amígdalas (30).

Está conformada por 5 grados:

- Grado 0: Amígdalas dentro de la fosa amigdalina.
- Grado 1: Amígdalas a las afueras de la fosa amigdalina y ocupan  $\leq 25\%$  de la anchura de la orofaringe.
- Grado 2: Amígdalas ocupan 26% -50 % de la anchura de la orofaringe;
- Grado 3: Amígdalas que ocupan 51% -75% de la anchura de la orofaringe.

- Grado 4: Amígdalas que ocupan > 75% de la anchura de la orofaringe (8,38).

Estudios (39) demuestran que ésta escala es la más confiable para detectar cambios en el tamaño de las amígdalas clínicamente, puesto que fue la escala que aportó las mediciones más fiables.

### 2.5.2. Hipertrofia de adenoides

**Radiografía de cavum rinofaríngeo:** es la prueba diagnóstica más utilizada (40). En los pacientes con sospecha clínica de hipertrofia de adenoides está indicado la realización de éste exámen, en el cual se valora de manera indirecta la existencia de tejido adenoideo en la nasofaringe y el grado de obstrucción de la misma (41).

La proyección es lateral de cráneo y cuello, centrado en el área preauricular y con la boca cerrada (42).

Para una adecuada cuantificación de la obstrucción se delimitan dos líneas, la primera atraviesa por el velo del paladar y la segunda línea paralela atraviesa por el cuerpo del esfenoides, de acuerdo al espacio que ocupe el tejido adenoideo entre éstas dos líneas se establecen los diferentes grados (41):

- Grado I: obstrucción hasta 25%
- Grado II: obstrucción hasta 50%.
- Grado III: obstrucción hasta 75%.
- Grado IV: obstrucción del 100% (41).

### 2.6. Tratamiento quirúrgico

**Adenoidectomía:** procedimiento quirúrgico que tiene por objetivo la remoción del tejido adenoideo (23,26,43)

**Amigdalectomía:** procedimiento en el cual el cirujano remueve el tejido amigdalino con su cápsula, al disecar el espacio periamigdalino entre la cápsula y la pared muscular (8,23,44).



**Adenoamigdalectomía:** procedimiento quirúrgico en el cual se extraen las amígdalas palatinas y adenoides. Este procedimiento aumenta el diámetro de la vía aérea que previamente se encontraba obstruido y disminuye así la resistencia al paso del aire (26).

La amigdalectomía sola o con adenoidectomía es la intervención quirúrgica que con mayor frecuencia se realiza en otorrinolaringología (23,30,43-47).

La adenoamigdalectomía se acepta como tratamiento electivo con un grado de evidencia B (35), cuando se diagnostica síndrome de apnea obstructiva del sueño por hipertrofia adenoamigdalina y en caso de no presentar contraindicaciones. (29,31,32,48,49).

La cirugía tiene una eficacia que varía entre 27.2-78% para resolver el SAHOS infantil (35), eliminando las desaturaciones de oxígeno y normalizando el Índice de Apnea Hipoapnea (IAH) mismo que es usado para el diagnóstico de SAHOS (30).

Varios estudios (8,30,32) demuestran el beneficio de la adenoamigdalectomía en niños sobre su calidad del sueño y comportamiento, calidad de vida global y específica, rendimiento escolar, desarrollo pondoestatural, insulinemia, metabolismo lipídico y enuresis.

Sin embargo, en algunos casos hay riesgo de persistencia y/o recurrencia de TRS tras la cirugía, sobre todo en niños con obesidad, malformaciones craneofaciales, síndrome de Down, menores de 3 años, trastornos neuromusculares e historia familiar de SAHOS (8,29-32, 35,47).

## **2.7. Técnicas quirúrgicas para amigdalectomía**

### **2.7.1. Técnicas para amigdalectomía extracapsular**

**Bisturí eléctrico o electrocauterización:** es la técnica más común. El bisturí usa una descarga eléctrica, que al calentar el terminal del instrumento permite cortar y coagular. El instrumento puede ser bipolar o monopolar, con el último



se obtiene mejores resultados (23,44). El tiempo quirúrgico es menor y consigue una buena hemostasia intraoperatoria, pero hay mayor dolor posoperatorio (50).

**Disección fría:** se realiza con un bisturí frío y/o tijeras (23). Permite realizar una disección completa de las amígdalas palatinas. Elimina células y tejidos enfermos mediante la acción de gases en extremos fríos, permite congelar a muy baja temperatura un tejido dañado para destruirlo (44). La hemostasia se puede realizar con puntos hemostáticos, compresión o electrocauterio; con porcentajes de hemorragia postoperatoria bajos (49).

**Bisturí armónico:** usa la vibración ultrasónica para cortar y coagular los tejidos (23,44), la hemostasia se logra por la transferencia de energía mecánica a los tejidos. Disminuye el riesgo de sangrado y dolor postoperatorio (45,46).

### 2.7.2. Técnicas para amigdalectomía intracapsular

Amigdalectomía en la que se conserva la cápsula tonsilar (23).

**Ablación por radiofrecuencia o coblación:** utiliza energía de radiofrecuencia bipolar transmitida a iones sodio a través de un medio de solución salina fría, que da como resultado una capa de plasma ionizado que es capaz de romper los enlaces intercelulares y desintegrar el tejido a 60°C (23,44). La hemostasia se puede lograr con el mismo procedimiento. Con ésta técnica es posible retornar a la dieta normal en menor tiempo. (48,49).

**Microdebridador:** éste instrumento cuenta con una cuchilla cortante acoplada a un sistema de succión continuo (23). Es usado para disecciones parciales de amígdalas, pero es un instrumento peligroso para disecciones próximas al lecho amigdalino por el riesgo de lesión muscular (44).

## 2.8. Técnicas quirúrgicas para adenoidectomía

### 2.8.1. Escisión por orofaringe

*Técnicas en frío:*

**Sacabocados adenoideo:** es el método más común. Con la canastilla de La Force, que es un instrumento curvo con una cavidad que es situada sobre el tejido adenoideo y al cerrarse un cuchillo secciona y retira los adenoides. La hemostasia se realiza con compresión y cauterio (43).

**Extracción con cureta de Beckman o legrado adenoideo:** el adenótomo o cureta tiene forma de cuchara, se lo inserta ayudándose de la palpación y visión directa hasta llegar a la nasofaringe, para realizar un raspado que extrae el tejido adenoideo (26,43). La hemostasia se realiza con gasas compresivas o electrocauterización (23).

### 2.8.2. Escisión a través de la nariz

**Adenoidectomía endoscópica combinada con microdebridador:** usando una cuchilla cortante con succión y una angulación que permite el ingreso al espacio nasofaríngeo; facilita la extracción del tejido de difícil acceso gracias a la visualización directa mediante el endoscopio. Es de elección cuando existe insuficiencia velofaríngea (23,43).

Las técnicas quirúrgicas aplicadas en el HVCM son: disección fría, bisturí eléctrico bipolar para amigdalectomía; y extracción con cureta de Beckman para adenoidectomía.

## 2.9. Indicaciones quirúrgicas

Actualmente, la principal indicación quirúrgica es la hipertrofia adenoamigdalina asociada a TRS, no obstante, la indicación por causa infecciosa no ha desaparecido (8,23,26,44).

### 2.9.1. Indicaciones de amigdalectomía

#### Absolutas

- Hipertrofia amigdalina grado III o IV asociada a roncopatía con pausas o SAHOS (8,23,44,51).
- Sospecha de malignidad que requiere biopsia (44,51).
- Amigdalitis que resulta en convulsiones febriles (8,44).
- Hemorragia amigdalina recurrente (23).
- Síndrome linfoproliferativo en pacientes transplantados.

#### Relativas

- Amigdalitis recurrente de acuerdo a los criterios de Paradise (8,23,38,44,51,52).
  - 3 episodios anuales por 3 años.
  - 5 episodios anuales por 2 años.
  - 7 episodios anuales en un año.

*Características clínicas de un episodio:* Odinofagia más una de las siguientes:

- Exudado purulento
  - Fiebre superior a 38°C
  - Linfadenopatías cervicales anteriores (dolorosas o >2cm).
  - Cultivo faríngeo positivo para *Streptococcus* betahemolítico del grupo A.
- Absceso periamigdalino único o recurrente (8,23,44,51,52).
  - Halitosis persistente por amigdalitis crónica o tonsilolitos que no responden a terapia médica (8,23).
  - Metástasis cervical con tumor primario desconocido (44).
  - Adenitis cervical recurrente (52).

### **2.9.2. Indicaciones de adenoidectomía**

- Hipertrofia adenoidea grado II o III documentada por radiografía lateral de cráneo (Cavum) y/o endoscopía nasal; asociada a roncopatía con pausas o SAHOS (23,26,43,52), y corresponde al 77% de las indicaciones (47).
- Otitis media aguda recurrente (23,26,43,47,52).
- Otitis media con efusión (23,26,52).
- Otitis media crónica (26,52).
- Adenoiditis crónica o recurrente. (23,52).
- Rinosinusitis aguda pediátrica recurrente o crónica (23,26,43,47).
- Sospecha de tumor rinofaríngeo (23,52).

### **3. HIPÓTESIS**

Posterior a la adenoidectomía, amigdalectomía y/o adenoamigdalectomía la calidad de vida mejora en los pacientes con hipertrofia de adenoides y/o amígdalas palatinas.

### **4. OBJETIVOS**

#### **4.1. Objetivo general**

- Determinar la calidad de vida antes y después de: adenoidectomía, amigdalectomía y/o adenoamigdalectomía en pacientes operados en el servicio de otorrinolaringología del Hospital Vicente Corral Moscoso, de enero 2012 a junio 2016.

#### **4.2. Objetivos específicos**

- Determinar la frecuencia de pacientes operados de adenoidectomía, amigdalectomía y adenoamigdalectomía.
- Caracterizar el grupo de estudio de acuerdo a: la edad, sexo, lugar de procedencia, lugar de residencia, tratamiento quirúrgico aplicado y año de la cirugía.
- Determinar el nivel socioeconómico de los pacientes mediante la escala de Graffar modificada.
- Identificar los cambios en la calidad de vida de acuerdo a los síntomas, signos y componentes emocionales, en los pacientes antes y después de la adenoidectomía, amigdalectomía y adenoamigdalectomía a través de la encuesta OSA-18.

## **5. DISEÑO METODOLÓGICO**

### **5.1. Tipo de estudio**

Estudio cuantitativo, descriptivo, observacional, retrospectivo.

### **5.2. Área de estudio**

Servicio de otorrinolaringología del Hospital Vicente Corral Moscoso.

### **5.3. Universo y muestra**

#### **5.3.1. Universo**

El universo está conformado por todos los pacientes operados de: adenoidectomía, amigdalectomía y adenoamigdalectomía en el servicio de otorrinolaringología del HVCM, de enero 2012 a junio 2016.

#### **5.3.2. Muestra**

El universo se corresponde con la muestra.

### **5.4. Criterios de inclusión**

- Pacientes que ingresaron al HVCM para ser intervenidos quirúrgicamente de adenoidectomía, amigdalectomía y/o adenoamigdalectomía por hipertrofia de adenoides y amígdalas palatinas de enero 2012 a junio 2016.
- Pacientes comprendidos en los grupos de edad: preescolares 0-4 años, escolares 5-9 años y adolescentes 10-14 años (53).
- Pacientes cuyos padres/tutores acepten firmar el consentimiento informado autorizando la participación de su representado en la investigación.

### **5.5. Criterios de exclusión**

- Pacientes con los que no se pueda establecer un medio de comunicación por falta de datos en la historia clínica.

- Pacientes que presenten: obesidad, trastornos neuromusculares, alteraciones craneofaciales, déficit cognitivo conocido, enfermedades psiquiátricas e incapacidad de comprensión del idioma por parte de los cuidadores.
- Pacientes que no deseen participar en la investigación.
- Pacientes que no acudan a la cita prevista para la entrevista.
- Pacientes que hayan fallecido.

### **5.6. Variables**

- Edad
- Sexo
- Procedencia
- Residencia
- Tratamiento quirúrgico
- Año de la cirugía
- Nivel socioeconómico
- Calidad de vida.

### **5.7. Operacionalización de variables (Anexo 1)**

### **5.8. Métodos, técnicas e instrumentos**

#### **5.8.1. Método**

Se revisaron las historias clínicas de todos los pacientes operados de adenoidectomía, amigdalectomía y adenoamigdalectomía en el servicio de otorrinolaringología del HVCM, de enero 2012 a junio 2016; de las cuales se obtuvo: el número de historia clínica, edad, sexo, lugar de residencia, tratamiento quirúrgico aplicado, año de la cirugía y número telefónico.



Posteriormente se excluyeron a los pacientes que estaban fuera del rango de edad y con las comorbilidades establecidas en los criterios de exclusión; además los que no contaban con número telefónico y dirección

### 5.8.2. Técnica

**Encuesta:** se conformó una base de datos en el programa Excel con los pacientes que no fueron excluidos, de los cuales se contactó vía telefónica a los padres y/o tutores indicándoles el propósito de la investigación e invitándoles a participar en la misma, por medio de una cita programada conjuntamente con el Dr. Segundo Alvarado en el departamento de otorrinolaringología del HVCN.

Durante la cita, las investigadoras se presentaron y explicaron nuevamente la finalidad de la investigación, dieron a conocer el consentimiento informado y llenaron el formulario de recolección de datos a partir de las preguntas realizadas a los padres y/o tutores de los pacientes que aceptaron participar en la investigación.

De aquellos pacientes que no se obtuvo el número telefónico, pero contaban con una dirección específica en la ciudad de Cuenca y sus alrededores, las investigadoras acudieron a su domicilio donde se les explicó el propósito de la investigación y se pudo realizar la respectiva encuesta con los que aceptaron participar.

Los pacientes que residen en otras provincias como: El Oro y Loja, debido a la lejanía de su domicilio se establecieron una fecha y lugar previsto, al cual las investigadoras viajaron para la realización de la encuesta.

### 5.8.3. Instrumentos

**Formulario de recolección de datos:** consta de: encabezado, instructivo, variables de estudio, escala de Graffar modificada y el cuestionario sobre



calidad de vida para apneas obstructivas del sueño en pediatría llamado OSA-18. (Anexo 2)

*Escala Graffar de Estratificación Social modificada (Méndez-Castellano):* modificada para Venezuela por Méndez-Castellanos; tiene un alfa de Cronbach de 0,75 que indica una fiabilidad aceptable de la escala. Su validación se realizó de acuerdo con Mendoza (54). Facilita una caracterización socioeconómica de la población, mediante la evaluación de 4 variables: profesión del jefe del hogar, nivel de instrucción de la madre, principal fuente de ingreso y condiciones de alojamiento. Cada variable consta de 5 ítems, los cuales se puntúan del 1 al 5. De acuerdo al puntaje total se determina 5 estratos a saber: estrato I (clase alta: puntuaciones entre 4 a 6); estrato II (clase media-alta: 7 a 9); estrato III (clase media-baja: 10 a 12); estrato IV (Obrero: 13 a 16) y estrato V (Marginal: 17 a 20) (4,5).

*Cuestionario sobre calidad de vida para apneas obstructivas del sueño en pediatría (OSA-18):* descrito en el año 2000 por Franco y Cols (3), posteriormente validado en el idioma español y diseñado para evaluar la calidad de vida en pacientes con SAHOS (2). Cuenta con un alfa de Cronbach de 0.91, que indica una excelente fiabilidad de esta escala (3).

Está compuesto de 18 preguntas, agrupadas en 5 dominios: trastornos del sueño, sufrimiento físico, sufrimiento emocional, problemas diurnos y grado de preocupación del cuidador; cada uno con un puntaje de 1 a 7, pudiendo llegar a puntajes totales que varían entre 18 y 126. A partir del puntaje total de la encuesta, se clasifica el impacto de la patología en la calidad de vida en: leve (menor de 60), moderado (entre 60 y 80) y grave (mayor de 80) (2,3).

## **5.9. Procedimientos**

### **5.9.1. Autorización**

Este proyecto de investigación fue aprobado por el Honorable Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca.



Se obtuvo el permiso del departamento de Docencia e Investigación del Hospital Vicente Corral Moscoso, para ingresar al área de estadística y tener acceso a las historias clínicas del servicio de otorrinolaringología. (Anexo 3)

### **5.9.2. Capacitación**

Las investigadoras se capacitaron en el tema de investigación consultando a especialistas y mediante la revisión bibliográfica actualizada.

### **5.9.3. Supervisión**

Esta investigación fue supervisada por el director de tesis Dr. Segundo Alvarado Becerra y el asesor Dr. Julio Jaramillo Oyervide.

## **5.10. Plan de tabulación y análisis**

En el programa Excel se creó una base de datos con la información obtenida de las historias clínicas, que fue utilizada para contactar a los pacientes y poder aplicar el formulario de recolección de datos.

Con la información de los formularios, se creó una segunda base de datos en el programa estadístico SPSS 15.00 versión evaluación. Luego se efectuó el análisis exploratorio de datos mediante la prueba Kolmogorov-Smirnov con la cual se comprobó la normalidad en la distribución de la muestra.

Las medidas estadísticas utilizadas: para las variables cuantitativas y cualitativas fueron la frecuencia absoluta y porcentaje. La muestra fue dicotomizada de acuerdo a la variable CV considerando como adecuada a los pacientes en quienes mejoró su CV y el impacto en la misma cambió de grave a moderado, grave a leve o de moderado a leve; se consideró como inadecuada CV la de los pacientes que no experimentaron cambios en su CV luego del tratamiento quirúrgico.

Posteriormente se llevó a cabo la distribución binomial y se obtuvo el valor de la prueba de McNemar, para determinar si había diferencias estadísticamente



significativas entre la calidad de vida antes y después del tratamiento quirúrgico aplicado.

Los resultados se exhiben por medio de tablas simples y de doble entrada.

#### **5.11. Aspectos éticos**

Para los pacientes de 0 a 14 años que comprenden los grupos etarios: preescolares, escolares y adolescentes de acuerdo a la clasificación de los grupos de edad del Manual de Atención Integral de la Salud de Ecuador (53), los padres y/o tutores autorizaron su participación a través de un consentimiento informado, el mismo que fue firmado el día de la entrevista programada y contiene una descripción general de la investigación, propósitos del estudio, confidencialidad de los datos, derechos del paciente e información del contacto. (Anexo 4).

Toda la información obtenida se guardó con total confidencialidad, se utilizó para el presente estudio y es manejada por las personas que realizan, asesoran y verifican la autenticidad de esta investigación.

## 6. RESULTADOS

### Cumplimiento del estudio

Se revisaron 306 historias clínicas pertenecientes a todos los pacientes operados de adenoidectomía, amigdalectomía y adenoamigdalectomía en el servicio de otorrinolaringología del HVCM desde enero 2012 a junio 2016; de las cuales se excluyeron: 103 (33.7%) pacientes al no poder establecer un medio de comunicación o por falta de datos en las historias clínicas, 92 (30.1%) pacientes por no estar dentro del rango de edad establecido, 33 (10.8%) debido a patologías descritas en los criterios de exclusión y 4 (1.3%) pacientes que no desearon formar parte del estudio.

**Tabla 6.1. Distribución de 74 pacientes operados de adenoidectomía, amigdalectomía y adenoamigdalectomía en el HVCM de la ciudad de Cuenca 2012-2016, según características demográficas.**

	Nº	%
<b>EDAD</b>		
Preescolares	17	23,0
Escolares	37	<b>50,0</b>
Adolescentes	20	27,0
Media: 7,01 Desvío estándar: $\pm 3,32$		
<b>SEXO</b>		
Femenino	32	43,2
Masculino	42	<b>56,8</b>
<b>PROCEDENCIA</b>		
Urbana	57	<b>77,0</b>
Rural	17	23,0
<b>RESIDENCIA</b>		
Urbana	42	<b>56,8</b>
Rural	32	43,2
TOTAL:	74	100,0

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaborado por: Sánchez A., Saquisili A.

**Interpretación:** la población de estudio fue clasificada de acuerdo a los grupos etarios: 0-4 años preescolares, 5-9 años escolares y 10-14 años adolescentes (53). Los escolares fueron intervenidos quirúrgicamente en mayor frecuencia con el 50%. La media de la edad es de  $7,01 \pm 3,32$  años. La distribución de la población fue predominante en el sexo masculino 56,8%. El mayor número de pacientes operados proceden 77% y residen 56.8% en la zona urbana.

**Tabla 6.2. Distribución de 74 pacientes operados de adenoidectomía, amigdalectomía y adenoamigdalectomía en el HVCM de la ciudad de Cuenca 2012-2016, según tratamiento quirúrgico aplicado.**

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO	Nº	%
Amigdalectomía	16	21,6
Adenoidectomía	14	18,9
Adenoamigdalectomía	44	<b>59,5</b>
Total	74	100,0

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaborado por: Sánchez A., Saquisili A.

**Interpretación:** como se observa la adenoamigdalectomía es la cirugía que más se efectuó con el 59,5%, debido a que la mayoría de pacientes presentó hipertrofia de adenoides y amígdalas palatinas.

**Tabla 6.3. Distribución de 74 pacientes operados de adenoidectomía, amigdalectomía y adenoamigdalectomía en el HVCM de la ciudad de Cuenca 2012-2016, según año de la cirugía.**

AÑO	Nº	%
2012	18	24,3
2013	12	16,2
2014	10	13,5
2015	20	<b>27,0</b>
2016	14	18,9
Total	74	100,0

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaborado por: Sánchez A., Saquisili A.

**Interpretación:** el año en que se realizó el mayor número de cirugías es 2015 con el 27%, en tanto que el año en que se realizaron menos cirugías es el 2014 con el 13,5%.

**Tabla 6.4. Distribución de 74 pacientes operados de adenoidectomía, amigdalectomía y adenoamigdalectomía en el HVCM de la ciudad de Cuenca 2016, según nivel socioeconómico.**

<b>NIVEL SOCIOECONÓMICO</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Alto	0	,0
Medio alto	24	32,4
Medio bajo	29	<b>39,2</b>
Obrero	21	28,4
Marginal	0	,0
<b>Total</b>	<b>74</b>	<b>100,0</b>

**Fuente:** Formulario de recolección de datos.

**Elaborado por:** Sánchez A., Saquisili A.

**Interpretación:** la escala de Graffar modificada nos permite agrupar el nivel socioeconómico en 5 estratos; destacando en nuestra investigación el nivel medio bajo con el 39,2% y sin reporte de casos en los niveles alto y marginal.

**Tabla 6.5. Distribución de 74 pacientes operados de adenoidectomía, amigdalectomía y adenoamigdalectomía en el HVCM de la ciudad de Cuenca 2012-2016, según calidad de vida antes y después del tratamiento quirúrgico aplicado.**

<b>CALIDAD DE VIDA</b>	<b>LEVE</b>		<b>MODERADA</b>		<b>GRAVE</b>		<b>TOTAL</b>	
	<b>Nº</b>	<b>%</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Antes	5	6,8	21	28,4	48	<b>64,9</b>	74	100,0
Después	62	<b>83,8</b>	8	10,8	4	5,4	74	100,0

**Fuente:** Formulario de recolección de datos.

**Elaborado por:** Sánchez A., Saquisili A.

**Interpretación:** utilizando el cuestionario sobre calidad de vida para apneas obstructivas del sueño en pediatría (OSA-18), se determinó que antes del tratamiento quirúrgico la hipertrofia de adenoides y/o amígdalas palatinas afectaba principalmente la calidad de vida de los pacientes de forma grave con el 64,9%; observando un cambio después del tratamiento quirúrgico, puesto que en su mayoría la calidad de vida se afectó de forma leve en el 83,8%.

**Tabla 6.6. Distribución de 74 pacientes operados de adenoidectomía, amigdalectomía y adenoamigdalectomía en el HVCM de la ciudad de Cuenca 2012-2016, según tratamiento quirúrgico aplicado y calidad de vida después.**

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO	CALIDAD DE VIDA DESPUÉS						Total	
	Leve		Moderada		Grave			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Amigdalectomía	13	21,0	3	37,5	0	,0	16	21,6
Adenoidectomía	9	14,5	2	25,0	3	75,0	14	18,9
Adenoamigdalectomía	40	64,5	3	37,5	1	25,0	44	59,5
Total	62	100,0	8	100,0	4	100,0	74	100,0

**Fuente:** Formulario de recolección de datos.

**Elaborado por:** Sánchez A., Saquisili A.

**Interpretación:** de los 74 pacientes, después de aplicado el tratamiento quirúrgico en 62 de ellos la CV se afectó de forma leve; de los cuales el 64,5% fueron operados de adenoamigdalectomía, el 21% de amigdalectomía y el 14,5% de adenoidectomía.



**Tabla 6.7. Distribución de 74 pacientes operados de adenoidectomía, amigdalectomía y adenoamigdalectomía en el HVCM de la ciudad de Cuenca 2012-2016, según calidad de vida antes y después tratamiento quirúrgico aplicado.**

CALIDAD DE VIDA ANTES	CALIDAD DE VIDA DESPUÉS		
	Inadecuada	Adecuada	Total
Adecuada	0	5	5
Inadecuada	12	57	69
Total	12	<b>62</b>	74
Prueba de McNemar=1.387    p=0,000a			

**Fuente:** Formulario de recolección de datos.

**Elaborado por:** Sánchez A., Saquisili A.

**Interpretación:** se obtuvo el resultado de la prueba de McNemar = 1.387 con un valor  $p=0,000a$ , el mismo que nos indica que existen diferencias estadísticamente significativas entre la calidad de antes y después del tratamiento quirúrgico aplicado; afirmando que hay un mayor número de casos con una calidad de vida adecuada después de la intervención.

## 7. DISCUSIÓN:

La calidad de vida (CV) es multidisciplinaria, se basa en la percepción de la persona de los elementos objetivos y subjetivos de su vida (1,17-19,21).

La American Academy of Sleep Medicine (AASM) (55) define el SAHOS como un síndrome crónico que afecta la CV de los niños debido a que produce retraso en el crecimiento, enuresis, trastornos del sueño y déficit cognitivo (56). Se ha demostrado que la hipertrofia de adenoides y amígdalas palatinas es un factor predisponente y la principal causa para desarrollar SAHOS, síndrome que tiene una prevalencia alta en la edad pediátrica afectando al 1-4% de niños (30,32,33,55-57).

Este proyecto de investigación encontró mejoría en la CV de 74 niños de 0 a 14 años con hipertrofia de adenoides y amígdalas palatinas operados de adenoidectomía, amigdalectomía y adenoamigdalectomía; empleando el formulario de recolección de datos en el cual consta el Cuestionario sobre calidad de vida para apneas obstructivas del sueño en pediatría (OSA-18) y la Escala Graffar de estratificación social modificada.

En nuestra investigación encontramos que el grupo de los escolares diagnosticados de hipertrofia de adenoides y amígdalas palatinas con indicación quirúrgica fueron los que se operaron con mayor frecuencia 50%; la media de la edad es de  $7.01 \pm 3.32$  años.

Zojaji y Cols (58), trabajaron con niños de 6 a 10 años con hipertrofia de adenoides y amígdalas con indicación quirúrgica en éste estudio la edad media es  $7.86 \pm 2.26$  años.

Jiang y Cols (10), en un estudio de casos y controles para evaluar la calidad de vida relacionada a la salud (CVRS) de la niñez y el impacto de la hipertrofia de adenoides en miembros de la familia, determinó que la media de la edad es de  $5.2 \pm 2.3$  años.

Pagella y Cols (59), realizaron un estudio en 795 niños de 1 a 14 años con la finalidad de determinar la relación entre la hipertrofia de adenoides, edad y síntomas de obstrucción nasal, en el cual la edad media fue 5,9 años.



Tomando en cuenta éstos datos se refleja que la edad en la cual se presentan con más frecuencia la hipertrofia de adenoides y amígdalas palatinas con indicación quirúrgica oscila entre 5 y 7 años y que nuestra investigación coincide con los resultados expuestos previamente a nivel internacional.

Además, cabe mencionar como referencia nacional que Jarrín (7), en Riobamba elabora un estudio que tiene como finalidad determinar la incidencia de hipertrofia de adenoides en 450 niños menores de 5 años y concluye que a los 4 (49%) años se presenta con más frecuencia esta patología.

En ésta investigación el sexo masculino fue el que más presentó hipertrofia de adenoides y amígdalas palatinas; y por lo tanto se sometieron al tratamiento quirúrgico 42 (56.8%) niños y 32 (43,2%) niñas.

Jiang y Cols (10), concluyeron en su investigación que 196 (55,7%) niños eran de sexo masculino y 156 (44,3%) de sexo femenino. Nazar (30), refiere que los TRS cuya causa principal es hipertrofia de adenoides y amígdalas palatinas, son más frecuentes en niños que en niñas. Pagella y Cols (59), demostraron que hay una relación entre la hipertrofia de adenoides y el sexo masculino.

Ruiz y Cols (6), desarrollaron en Ecuador un estudio en niños entre 5 y 11 años con hipertrofia de amígdalas, en donde se concluye que 97 (52%) niños son de sexo masculino y 90 (48%) pertenecen al sexo femenino.

De acuerdo a las cifras expuestas nos queda constancia de que la hipertrofia de adenoides y amígdalas palatinas se presentan con mayor frecuencia en el sexo masculino y las mismas que coinciden con los resultados de ésta investigación.

La presente investigación señala que la mayoría de pacientes proceden y residen en la zona urbana. Urzúa y Cols (14), investigan las diferencias en la percepción infantil de la CV en 200 niños de una comuna urbana y rural de Chile y encuentran resultados similares en la distribución de la población; zona urbana 61 (49.2%) niños.

En esta investigación encontramos que la cirugía que más se realizó para hipertrofia de amígdalas y adenoides con indicación quirúrgica en el HVCM fue

la adenoamigdalectomía en 44 (59,5%) pacientes, seguida de la amigdalectomía 16 (21,6%) pacientes y adenoidectomía 14 (18,9%) pacientes.

Tapia-Álvarez y Cols (56), demuestran que las principales intervenciones quirúrgicas en su trabajo fueron: adenoamigdalectomía en 28 (75,6%) pacientes, amigdalectomía en 6 (16,2%) pacientes y adenoidectomía en 3 (8,2%) pacientes. En el estudio realizado por Escarrá y Cols (2), las cirugías realizadas fueron: adenoamigdalectomía en 66 (77,6%) pacientes, amigdalectomía en 10 (11,8%) pacientes y adenoidectomía en 9 (10,5%) pacientes.

Arabolaza y Cols (26), mencionan que la adenoamigdalectomía es uno de los procedimientos más aplicados a menores de 15 años en los servicios de otorrinolaringología a nivel mundial. Marcus y Cols (60), realizan un estudio aleatorio en 464 niños de 5 a 9 años de edad con SAHOS luego de la adenoamigdalectomía temprana en comparación con el manejo expectante de la patología y proporciona evidencia de efectos beneficiosos de la cirugía en la CV de los niños.

De acuerdo a la Asociación Americana de Pediatría (35), la evidencia científica previamente expuesta y los resultados de este estudio; la adenoamigdalectomía es el tratamiento de elección para pacientes con SAHOS de causa adenoamigdalar y con indicación quirúrgica. Además, se asocia a una tasa elevada de éxito con el 78% de eficacia (55).

En el HVCM, de acuerdo a este estudio el año en el que se realizaron el mayor número de cirugías de adenoidectomía, amigdalectomía y adenoamigdalectomía fue el 2015 con el 27%; esto se debe a la disponibilidad de registros actuales para establecer un medio de comunicación con los pacientes durante este período.

Por medio de la escala Graffar de estratificación social modificada en nuestra investigación encontramos que la mayoría de los pacientes pertenecen al nivel socioeconómico medio bajo con el 39,2% similar al estudio de Jiang y Cols

(10), donde la mayor parte de los pacientes 140 (39.8%) pertenecen al estatus económico familiar medio.

La investigación de Tapia-Álvarez y Cols (56), menciona que la frecuencia de SAHOS aumenta dos a cuatro veces en niños de niveles económicos bajos.

Mediante el Cuestionario OSA-18 que tiene un alfa de Cronbach de 0.91 (3), en ésta investigación llegamos a la conclusión de que la hipertrofia de adenoides y/o amígdalas palatinas afectaba la CV de manera leve en 5 (6,8%) niños, moderada en 21 (28,4%) niños y grave en 48 (64,9%) niños; en tanto que posterior a la cirugía la CV se afectó de forma leve en 62 (83,8%) niños, moderada 8 (10,8%) niños y grave 4 (5,4%) niños.

Escarrá y Cols (2), en Argentina también utilizaron el Cuestionario OSA-18 en 85 niños para describir las diferencias en la CV antes y después de la adenoidectomía y/o amigdalectomía; en comparación con un grupo de niños sanos concluyeron que, antes de la cirugía el impacto sobre la CV para apnea del sueño pediátrica era leve en 32 (37,6%) niños, moderado en 28 (32,9%) niños y grave en 25 (29,4%) niños.

A los 3 meses luego de la cirugía el impacto en la CV fue leve en 84 (98,9%) niños, moderado en 1 (1,17%) niño, grave en 0 niños; a los 6 meses el impacto en la CV fue leve en 80 (94,1%) niños, moderado en 4 (4,71%) niños, grave en 1 (1,17%) niños. (2)

Kasukic (9), en Bosnia y Herzegovina estima la CV en 60 niños con TRS luego de la adenoidectomía o adenotonsilectomía aplicando el Cuestionario OSA-18 y se estableció que en el grupo de niños con indicación de adenoidectomía la CV estuvo afectada en 13 (43,3%) niños de forma leve, 13 (43,3%) niños moderada y 4 (13,3%) niños severa.

En el grupo de niños con indicación de adenotonsilectomía 13 (43,3%) niños presentaron afectación en su CV en forma leve, 11 (36,7%) niños moderada y 6 (20%) niños de manera grave. Luego del tratamiento quirúrgico aplicado se evidenció una mejoría significativa en la CV en pacientes que sufrían TRS (9).

Zojaji y Cols (58), en Irán trabajaron con 44 niños diagnosticados de hipertrofia de adenoides y amígdalas palatinas con indicación quirúrgica, para determinar el efecto de la adenoamigdalectomía en los TRS y comportamiento de los

pacientes; encontraron que después de la adenoamigdalectomía los hábitos y comportamientos de sueño mejoraron significativamente. Similar a los resultados encontrados en el estudio de Soyly y Cols (11), donde refieren una disminución estadísticamente significativa en todos los síntomas al sexto mes postoperatorio ( $p=0,015$ ).

Tapia-Álvarez y Cols (56), en México investigaron a 37 niños con la finalidad de evaluar los cambios en los síntomas después de la adenoamigdalectomía, emplearon el cuestionario Clinical Assessment Score-15 (CAS-15), herramienta útil para el diagnóstico de TRS; y concluyeron que hay una diferencia estadísticamente significativa entre los valores pre y postquirúrgicos ( $p=0.001$ ).

Con los resultados previamente expuestos podemos deducir que el tratamiento quirúrgico es efectivo y mejora notablemente la CV en los niños (2,11,30). En nuestra investigación antes de la cirugía encontramos que la CV se afectaba de manera grave en la mayoría de casos en contraste con otros estudios a nivel internacional, en los cuales la CV se afectó principalmente de forma leve y moderada; posterior a la cirugía la CV estuvo afectada de forma leve en todos los estudios citados con mayor frecuencia (2).

Finalmente se obtuvo el valor de la prueba de McNemar  $p=0,000a$ , que revela diferencias estadísticamente significativas entre la CV antes y después del tratamiento quirúrgico, con un mayor número de casos con CV adecuada después de la intervención.

Esta investigación tuvo como limitaciones en 103 historias clínicas la falta de datos necesarios para contactar a los pacientes, es decir, número telefónico o dirección exacta; también el hecho de que los pacientes cambiaron su número telefónico o dirección con el pasar del tiempo. Los pacientes que no cumplieron con el rango de edad establecido fueron 92; razón por la cual el número total de pacientes disminuyó notablemente y vimos necesaria la ampliación del período de estudio.



Además, la escala Graffar modificada para Venezuela a pesar de no tener una validación en nuestro país, fue utilizada en nuestra investigación debido a que facilita una caracterización socioeconómica de la población de manera rápida al estar formada por cuatro dominios, lo que consideramos necesario mencionar.

En este estudio no se estableció un tiempo específico luego del tratamiento quirúrgico para evaluar la CV, motivo por el cual la percepción de bienestar puede verse afectada a pesar de que hay evidencia que los cambios en la CV son estables en el tiempo (2).

Con los resultados obtenidos en éste proyecto de investigación, se comprueba la hipótesis propuesta: posterior a la adenoidectomía, amigdalectomía y/o adenoamigdalectomía la calidad de vida mejora en los pacientes con hipertrofia de adenoides y/o amígdalas palatinas.

## 8. CONCLUSIONES:

La investigación concluye que:

El grupo etario de los escolares fue el que se operó con mayor frecuencia, con una media de la edad de 7.01 años  $\pm$  3.3.

La hipertrofia de adenoides y amígdalas palatinas con indicación quirúrgica fue más frecuente en el sexo masculino con el 56,8%.

Los pacientes operados de adenoideidectomía, amigdalectomía y adenoamigdalectomía proceden y residen principalmente en la zona urbana; con el 77% y 56.8% respectivamente.

El tratamiento quirúrgico que se aplicó en la mayoría de los casos fue la adenoamigdalectomía con el 59,5%.

En el año 2015 fue en el cual se llevaron a cabo el mayor número de cirugías con el 27%.

Los pacientes es su mayoría pertenecen al nivel socioeconómico medio bajo con el 39,2%; resaltando que en la investigación no contamos con pacientes pertenecientes a los grupos socioeconómicos extremos: alto y marginal.

La investigación prueba que, en los pacientes con hipertrofia de adenoides y amígdalas palatinas antes del tratamiento quirúrgico la calidad de vida se veía afectada de manera grave en la mayoría de los casos con el 64,9%.

En el 83.8% de los pacientes luego de aplicar el tratamiento quirúrgico la calidad de vida se afectó de manera leve, dejando como evidencia que mejoró notablemente después del mismo.

La cirugía causa diferencias estadísticamente significativas en la calidad de vida luego de aplicada con un valor de  $p=0,000a$ , revelando una calidad de vida adecuada en la mayoría de los casos.



## 9. RECOMENDACIONES:

La hipertrofia de adenoides y amígdalas palatinas son patologías frecuentes en la población pediátrica, por lo que recomendamos al Ministerio de Salud Pública difundir información respecto al tema que permita realizar promoción, prevención, diagnóstico y tratamiento oportuno por parte del equipo de salud.

Cuando esté indicada una adenoidectomía, amigdalectomía y/o adenoamigdalectomía, sugerimos a los profesionales de la salud respaldar su consejo médico con evidencia científica que demuestra que la calidad de vida mejora luego del tratamiento quirúrgico, a la cual ésta investigación se suma.

A los padres y/o tutores de los pacientes con hipertrofia de adenoides y amígdalas palatinas con indicación quirúrgica, recomendamos autorizar la cirugía puesto que tienen respaldo científico de la mejoría en los trastornos del sueño, sufrimiento físico, sufrimiento emocional, problemas diurnos; que los pacientes experimentan.

Recomendamos a los investigadores verificar que la información requerida para su estudio este completa en los reportes estadísticos antes de realizar la recolección de datos, para que la investigación sea llevada a una población más amplia.

Invitamos a los estudiantes universitarios del campo de la salud a complementar su conocimiento con estudios realizados a nivel local, para que conozcan la realidad en la que desarrollarán su vida profesional y de ésta manera puedan generar nuevos proyectos de investigación basados en las necesidades locales.

---

## 10. BIBLIOGRAFÍA

1. Urzúa A, Caqueo-Úrizar A. Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. *Ter Psicol* [Internet]. 2012 [Citado el 5 de ene de 2016]; 30(1): 61-71. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/terpsicol/v30n1/art06.pdf>
2. Escarrá F, Vidaurreta S. Evaluación de la calidad de vida antes y después de la adenotonsilectomía en niños con hipertrofia de amígdalas y/o adenoides. *Arch Argent Pediatr* [Internet]. 2015 [Citado el 5 de ene de 2016]; 113(1): 21-27. Disponible en: <http://www.scielo.org.ar/pdf/aap/v113n1/v113n1a05.pdf>
3. Chiner E, Landete P, Sancho-Chust JN, Martínez-García MA, Pérez-Ferrer P, Pastor E, et al. Adaptación y validación al español del cuestionario de calidad de vida OSA-18 para la evaluación del síndrome de apnea-hipopnea de sueño infantil. *Arch Bronconeumol* [Internet]. 2016 [Citado el 1 de feb de 2016]. Disponible en: [www.researchgate.net/publication/303294058\\_Adaptacion\\_y\\_validacion\\_al\\_espanol\\_del\\_cuestionario\\_de\\_calidad\\_de\\_vida\\_OSA-18\\_para\\_la\\_evaluacion\\_del\\_sindrome\\_de\\_apnea-hipopnea\\_de\\_sueno\\_infantil](http://www.researchgate.net/publication/303294058_Adaptacion_y_validacion_al_espanol_del_cuestionario_de_calidad_de_vida_OSA-18_para_la_evaluacion_del_sindrome_de_apnea-hipopnea_de_sueno_infantil)
4. Millán de Lange AC, D'Aubeterre ME. Propiedades psicométricas del Maslach Burnout Inventory-GS en una muestra multiocupacional venezolana. *Rev. Psicol.* [Internet]. 2012 [Citado el 1 de feb de 2016]; 30(1): 105-128. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/psico/v30n1/a05v30n1.pdf>
5. Richaud MC, Mestre MV, Lemos V, Tur A, Ghiglione M, Samper P. La influencia de la cultura en los estilos parentales en contextos de vulnerabilidad social. *Avances en Psicología Latinoamericana* [Internet]. 2013 [Citado el 1 de feb de 2016]; 31(2): 419-431. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/apl/v31n2/v31n2a09.pdf>
6. Ruiz V, Litardo J, Valencia MV, Hidalgo SY. Incidencia de amígdalas hipertróficas. Programa de salud escolar 2006-2007. Hospital "León Becerra" de Milagro. *Rev. Med. FDM-UCSG* [Internet]. 2010 [Citado el 4 de feb de 2016]; 16(2): 112-115. Disponible en:

- <http://www2.ucsg.edu.ec/dmdocuments/medicina-Incidencia-de-las-112-115.pdf>
7. Jarrín CS. Determinación de la frecuencia de hipertrofia adenoidea en niños menores de cinco años de edad en el servicio de consulta externa de pediatría del Hospital IEES Riobamba entre los periodos enero a diciembre 2008 y enero a diciembre 2009. Tesis doctoral. Universidad Nacional de Loja; 2010.
  8. Baugh RF, Archer SM, Mitchell RB, Rosenfeld RM, Amin R, Burns JJ, et al. Guía de Práctica Clínica: La amigdalectomía en niños. Revista FASO [Internet]. 2013 [Citado el 9 de ene de 2016]; 20(3): 59-79. Disponible en: <http://www.faso.org.ar/revistas/2013/3/11.pdf>
  9. Hasukic B. OSA-18 Survey in Evaluation of Sleep-disordered Breathing in Children with Adenotonsillar Hypertrophy. Med Arh [Internet]. 2013, Apr [Citado el 9 de ene de 2016]; 67(2): 111-114. Disponible en: <http://search.proquest.com/openview/a616c7136fd6804190efb128c37b1b48/1?pq-origsite=gscholar>
  10. Jiang X, Ren X, Liu H, Tian J, Du C, Luo H, et al. Health-related quality of life among children with adenoid hypertrophy in Xi'an, China. Int J Pediatr Otorhinolaryngol [Internet]. 2015 [Citado el 9 de ene de 2016]; 79(12): 2321-2326. Disponible en: <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371%2Fjournal.pone.0056945>
  11. Soylu E, Soylu N, Yıldırım YS, Sakallıoğlu O, Polat C, Orhan I, et al. Psychiatric disorders and symptoms severity in patients with adenotonsillar hypertrophy before and after adenotonsillectomy. Int J Pediatr Otorhinolaryngol [Internet]. 2013 [Citado el 1 de feb de 2016]; 77(10): 1775-1785. Disponible en: [http://www.ijporlonline.com/article/S0165-5876\(13\)00407-2/abstract](http://www.ijporlonline.com/article/S0165-5876(13)00407-2/abstract)
  12. Hidalgo-Rasmussen CA, Hidalgo-San Martín A, Rasmussen-Cruz B, Montaña-Espinoza R. Calidad de vida, según percepción y

comportamientos de control del peso por género, en estudiantes universitarios adolescentes en México. Cad. Saúde Pública, Rio de

Janeiro [Internet]. 2011, jan [Citado el 23 de ene de 2016]; 27(1): 67-77. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n1/07.pdf>

13. Rodríguez-Blázquez C, Martín-García S, Frades-Payo B, París MS, Martínez-López I, João M. Calidad de vida y estado de salud en personas mayores de 60 años con demencia institucionalizadas. Rev Esp Salud Pública [Internet]. 2015 [Citado el 23 de ene de 2016]; 89(1): 51-60. Disponible en: [http://www.msssi.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos\\_propios/res\\_p/revista\\_cdrom/vol89/vol89\\_1/RS891C\\_CRB.pdf](http://www.msssi.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/res_p/revista_cdrom/vol89/vol89_1/RS891C_CRB.pdf)
14. Urzúa A, Caqueo-Úrizar A, Albornoz N; Jara C. Calidad de vida en la infancia: estudio comparativo entre una zona rural y urbana en el norte de Chile. Rev Chil Pediatr [Internet]. 2013 [Citado el 1 de feb de 2016]; 84(3): 276-284. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rcp/v84n3/art05.pdf>
15. Figueroa CM, Bauer G, Berra S, De Cunto C, Eymann A, Pico M, et al. Calidad de vida relacionada con la salud en pediatría. Instrumentos utilizados para su evaluación. Arch Argent Pediatr [Internet]. 2014 [Citado el 1 de feb de 2016]; 112(6): 571-576. Disponible en: <http://www.scielo.org.ar/pdf/aap/v112n6/v112n6a24.pdf>
16. Guzmán de Rodríguez NV. Validación de los cuestionarios de calidad de vida Kidscreen y Disabkids en niños y adolescentes venezolanos. Tesis Doctoral. Universidad de Alicante. España 2012.
17. Rojas-Betancur HM, Méndez-Villamizar R, Rodríguez-Prada A. La ciudad en sus niños. La calidad de vida en percepción infantil. Entramado [Internet]. 2013 [Citado el 5 de ene de 2016]; 9(2): 192-202. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/2654/265429948013.pdf>
18. Vega V. Apoyos, servicios y calidad de vida en centros residenciales chilenos para personas con discapacidad intelectual. Tesis doctoral. Universidad de Salamanca; 2011.

19. Miele MD, Acosta A. Calidad de vida y derechos de la infancia: un desafío presente. *Rev. Latinoam. Cienc. Soc. Niñez. Juv.* [Internet]. 2012 [Citado el 1 de feb de 2016]; 10(1): 205-217. Disponible en:
- <http://www.scielo.org.co/pdf/rlcs/v10n1/v10n1a13>
20. Casas F, Bello A, González M, Aligué M, Bertrán I, Montserrat C. Calidad de vida y bienestar infantil subjetivo en España ¿Qué afecta al bienestar de niños y niñas españoles de 1º de ESO? UNICEF España 2012. Disponible en:
- [https://www.unicef.es/sites/www.unicef.es/files/Bienestar\\_infantil\\_subjetivo\\_en\\_España.pdf](https://www.unicef.es/sites/www.unicef.es/files/Bienestar_infantil_subjetivo_en_España.pdf) [Citado el 11 de may de 2016]
21. Sotelo N, Sotelo L, Domínguez S, Barboza M. Estudio comparativo de la calidad de vida de niños y adolescentes escolarizados de Lima y Ancash. *Av Psicol* [Internet]. 2013 [Citado el 1 de feb de 2016]; 21(1): 65–71. Disponible en:
- [http://www.unife.edu.pe/publicaciones/revistas/psicologia/2013/5\\_sotelo.pdf](http://www.unife.edu.pe/publicaciones/revistas/psicologia/2013/5_sotelo.pdf)
22. Barreras JI, Mintz IE, Beider B. Fisiología del anillo de Waldeyer. *Revista FASO* [Internet]. 2014 [Citado el 1 de feb de 2016]; 21(2): 79-81. Disponible en: <http://www.faso.org.ar/revistas/2014/2/13.pdf>
23. Alvo A, Sauvalle M, Sedano C, Gianini R. Amigdalectomía y adenoidectomía: Conceptos, técnicas y recomendaciones. *Rev. Otorrinolaringol. Cir. Cabeza Cuello* [Internet]. 2016 [Citado el 1 de feb de 2016]; 76: 99-110. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/orl/v76n1/art15.pdf>
24. San Martín J, Caussade S. Evaluación funcional de la vía aérea. *Neumol Pediatr* [Internet]. 2012 [Citado el 11 de may de 2016]; 7(2): 61-66. Disponible en:
- <http://www.neumologia-pediatrica.cl/PDF/201272/evaluacion.pdf>
25. Gloria SI. Concentraciones séricas de inmunoglobulina A en pacientes con adenoamigdalitis crónica pre y posoperados de

- adenoamigdalectomía. An Orl Mex [Internet]. 2015 [Citado el 1 de feb de 2016]; 60: 77-81. Disponible en:  
<http://www.medigraphic.com/pdfs/anaotomex/aom-2015/aom152c.pdf>
26. Arabolaza M, Basile M, Paoli B. Indicaciones y complicaciones de adenoamigdalectomía. Revista FASO [Internet]. 2014 [Citado el 5 de ene de 2016]; 21(2): 70-78. Disponible en:  
<http://www.faso.org.ar/revistas/2014/2/12.pdf>
27. Boccio CM, Di Iorio R. Estudio de la orofaringe en el síndrome de apneas-hipopneas del sueño. Revista FASO [Internet]. 2014 [Citado el 1 de feb de 2016]; 21(3): 35-45. Disponible en:  
<http://www.faso.org.ar/revistas/2014/3/6.pdf>
28. Rodríguez JA, Etcheverry M, Stipech G. Anatomía de la faringe. Revista FASO [Internet]. 2014 [Citado el 1 de feb de 2016]; 21(2): 15-20. Disponible en: <http://www.faso.org.ar/revistas/2014/2/2.pdf>
29. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre trastornos del Sueño en la Infancia y adolescencia en atención Primaria. Guía de Práctica Clínica sobre trastornos del Sueño en la Infancia y adolescencia en atención Primaria. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Unidad de Evaluación de tecnologías Sanitarias de la agencia Iain Entralgo; 2011. Disponible en:  
[http://www.guiasalud.es/GPC/GPC\\_489\\_Trastorno\\_sue%C3%B1o\\_infadol\\_Lain\\_Entr\\_compl.pdf](http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_489_Trastorno_sue%C3%B1o_infadol_Lain_Entr_compl.pdf) [Citado el 11 de may de 2016]
30. Nazar G. Trastornos Respiratorios del Sueño en la Edad Pediátrica. Rev. Med. Clin. Condes [Internet]. 2013 [Citado el 9 de ene de 2016]; 24(3): 403-411. Disponible en:  
[http://www.clinicalascondes.cl/Dev\\_CLC/media/Imagenes/PDF%20revista%20m%C3%A9dica/2013/3%20mayo/6-Dr.Nazar.pdf](http://www.clinicalascondes.cl/Dev_CLC/media/Imagenes/PDF%20revista%20m%C3%A9dica/2013/3%20mayo/6-Dr.Nazar.pdf)
31. Rivero P, Domínguez A. La apnea del sueño en el niño. Vox Paediatrica [Internet]. 2011 [Citado el 1 de feb de 2016]; XVIII (1): 77-85. Disponible

- en: <http://www.spaoyex.es/sites/default/files/pdf/Voxpaed18.1pags77-85.pdf>
32. Alonso-Álvarez ML, Canet T, Cubell-Alarco M, Estivill E, Fernández-Julián E, Gozal D, et al. Documento de consenso del síndrome de apneas-hipopneas durante el sueño en niños. Arch Bronconeumol [Internet]. 2011 [Citado el 28 de jun de 2016]; 47(1 Supl 5): 2-18. Disponible en:
- <http://www.archbronconeumol.org/es/documento-consenso-del-sindrome-apneas-hipopneas/articulo/S0300289611700266/>
33. Olivi H. Apnea del Sueño: cuadro clínico y estudio diagnóstico. Rev. Med. Clin. Condes [Internet]. 2013 [Citado el 11 de may de 2016]; 24(3): 359-373. Disponible en:
- [http://www.clinicalascondes.cl/Dev\\_CLC/media/Imagenes/PDF%20revista%20m%C3%A9dica/2013/3%20mayo/3-Dr.Iliv.pdf](http://www.clinicalascondes.cl/Dev_CLC/media/Imagenes/PDF%20revista%20m%C3%A9dica/2013/3%20mayo/3-Dr.Iliv.pdf)
34. Ojeda A, Pardo J, Arroyo M, Muñoz D, Stott C. Cirugía para el manejo del síndrome de apnea e hipopnea obstructiva del sueño y de la roncopatía: Revisión de 71 casos clínicos. Rev. Otorrinolaringol. Cir. Cabeza Cuello [Internet]. 2011 [Citado el 11 de may de 2016]; 71: 231-235. Disponible en:
- <http://www.scielo.cl/pdf/orl/v71n3/art07.pdf>
35. Navarro C. El niño roncador (SAHS). Rev Pediatr Primeria Supl [Internet]. 2014 [Citado el 5 de ene de 2016]; (23): 89-100. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/pap/v16s23/taller2.pdf>
36. Cabana, J. Hipertrofia Adenotonsilar y su repercusión en Cavidad Bucal. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría [Internet]. 2012 [Citado el 7 de ene de 2016]; 32: 1-37. Disponible en: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2012/pdf/art32.pdf>
37. Cervera-Paz F, Pons Capabuing N. Diagnóstico clínico y exploración física de los trastornos respiratorios del sueño infantiles. Rev Esp Ortod

- [Internet]. 2012 [Citado el 1 de feb de 2016]; 42(3): 167-171. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4081901>
38. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica: Amigdalectomía en niños. Guía Práctica Clínica: Amigdalectomía en niños. Consejo de Salubridad General. Gobierno Federal de México, 2011. Disponible en: [http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/361\\_GPC\\_Amigdalectomiaenninos/361GER.pdf](http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/361_GPC_Amigdalectomiaenninos/361GER.pdf) [Citado el 5 de ene de 2016]
39. Kumar DS, Valenzuela D, Kozak F, Luddemann JP, Moxham JP, Lea J, et al. The Reliability of Clinical Tonsil Size Grading in Children. JAMA Otolaryngol Head Neck Surg [Internet]. 2014 [Citado el 17 de jun de 2016]; 140(11): 1034-1037. Disponible en: <http://archotol.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=1910960>
40. Durán M, Pineda F, Delgado MM. Nasofaringoscopia flexible como instrumento diagnóstico en pacientes con adenoiditis crónica. Rev Esp Méd Quir [Internet]. 2012 [Citado el 2 de may de 2016]; 17(2): 81-86. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/quirurgicas/rmq-2012/rmq122d.pdf>
41. García De la Cruz MA, Castillo-Ventura BB, Prado-Calleros HM, Cárdenas-Lailson E. La nasofaringoscopia y la radiografía lateral de cuello como métodos diagnósticos para la valoración preoperatoria de pacientes con hipertrofia adenoidea y su correlación con la palpación quirúrgica. An Orl Mex [Internet]. 2015 [Citado el 17 de jun de 2016]; 60: 44-50. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/anaotomex/aom-2015/aom151g.pdf>
42. Pérez V. ¿Cómo interpretar un estudio radiológico de cavum en pediatría? Canarias Pediátrica [Internet]. 2013 [Citado el 19 de jul de 2016]; 37(1): 32-35. Disponible en: <http://scptfe.com/inic/download.php?idfichero=783>
43. Bross D, Schimelmitz J. Adenoidectomía endoscópica: revisión de 500 casos. An Med (Mex) [Internet]. 2014 [Citado el 18 de ene de 2016];



- 59(2): 99-103. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/abc/bc-2014/bc142e.pdf>
44. Hernández H, Gutiérrez M. Amigdalectomía. Estado actual. Rev Cubana Otorrinolaringol Cabeza Cuello [Internet]. 2013 [Citado el 2 de may de 2016]; 1 (1). Disponible en: <http://www.revotorrino.sld.cu/index.php/otl/article/view/2/59>
45. Maeda-Núñez LA, Covarrubias-Tavera M, Flores-Meza B, Murguía-de Acosta ME. Amigdalectomía con bisturí ultrasónico: incorporación al siglo XXI. An Orl Mex [Internet]. 2014 [Citado el 17 de may de 2016]; 59(3):158-164. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/anaotomex/aom-2014/aom143b.pdf>
46. Fernández-Espinoza J, Gutiérrez-Santos G, Morales-Orta C. Amigdalectomía con bisturí armónico: 10 años de experiencia. An Med (Mex) [Internet]. 2014 [Citado el 28 de jun de 2016]; 59(2): 95-98. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/abc/bc-2014/bc142d.pdf>
47. Arroyo M, Urrutia M, Cisternas A. Reoperaciones posadenoidectomía por hiperplasia adenoidea obstructiva. Rev. Otorrinolaringol. Cir. Cabeza Cuello [Internet]. 2014 [Citado el 17 de jul de 2016]; 74: 31-35. Disponible en: <http://www.sochiorl.cl/uploads/74-1-05.pdf>
48. Lim J, C Mckean M. Adenoamigdalectomía para la apnea obstructiva del sueño en niños. Rev. Med. Clin. Condes [Internet]. 2013 [Citado el 17 de jun de 2016]; 24(3): 515-516. Disponible en: [http://www.clinicalascondes.cl/Dev\\_CLC/media/Imagenes/PDF%20revista%20m%C3%A9dica/2013/3%20mayo/19-Cochrane1.pdf](http://www.clinicalascondes.cl/Dev_CLC/media/Imagenes/PDF%20revista%20m%C3%A9dica/2013/3%20mayo/19-Cochrane1.pdf)
49. Esteller E, Villatoro J, Pedemonte G, Agüero A, Ademá JM, Girabent-Farrés M. Tratamiento quirúrgico del síndrome de apnea obstructiva del sueño infantil: comparación entre adenoamigdalectomía extracapsular con bisturí frío y reducción mediante radiofrecuencia bipolar. SEORL-CCC [Internet]. 2016 [Citado el 1 de feb de 2016]; 67(4): 1-7. Disponible en:

- <http://www.elsevier.es/es-revista-acta-otorrinolaringologica-espanola-102-pdf-S0001651916000121-S200>
50. Cardesín A, Escamilla Y, Martínez A, Cardelús S, Águila AF, Saiz JM, et al. Amigdalectomía mediante electrodissección y mascarilla laríngea. *Acta Otorrinolaringol Esp* [Internet]. 2013 [Citado el 19 de jul de 2016]; 64(3): 204-210. Disponible en: <http://www.elsevier.es/de-revista-acta-otorrinolaringologica-espanola-102-articulo-amigdalectomia-mediante-electrodisseccion-mascarilla-laringea-S0001651913000216?redirectNew=true>
51. Contreras P, Nazar R. Indicaciones no tradicionales de amigdalectomía. *Rev Hosp Clín Univ Chile* [Internet]. 2014 [Citado el 17 de jun de 2016]; 25: 154 – 61. Disponible en: [https://www.redclinica.cl/Portals/0/Users/014/14/14/indicaciones\\_no\\_tradicionales\\_amigdalectomia.pdf](https://www.redclinica.cl/Portals/0/Users/014/14/14/indicaciones_no_tradicionales_amigdalectomia.pdf)
52. Villafruela Sanz MA. Indicaciones de adenoidectomía, amigdalectomía y tubos de timpanostomía. En AEPap ed. *Curso de Actualización Pediatría 2012*. Madrid: Exlibris Ediciones [Internet]. 2012 [Citado el 18 de ene de 2016]: 39-44. Disponible en: [http://cursosaepap.exlibrisediciones.com/files/49-92-fichero/9%C2%BA%20Curso\\_Indicaciones%20de%20adeinoidectomia.pdf](http://cursosaepap.exlibrisediciones.com/files/49-92-fichero/9%C2%BA%20Curso_Indicaciones%20de%20adeinoidectomia.pdf)
53. Manual del modelo de Atención Integral del Sistema Nacional de salud Familiar Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI). MSP 2013.
54. Millán A, Aubeterre ME, Calvanese N. Propiedades psicométricas de la escala de preferencias vespertinidad/matutinidad en una muestra multiocupacional de trabajadores venezolanos. *Revista Cubana de Salud y Trabajo* [Internet]. 2012 [Citado el 16 de oct de 2016]; 13(2): 37-49. Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/rst/vol13\\_2\\_12/rst06212.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/rst/vol13_2_12/rst06212.htm)
55. De La Rosa Torres AD, León Gómez E, López Valdés JC. Síndrome de apnea/hipoapnea obstructiva del sueño. *Revista Electrónica Medicina*

- Salud y Sociedad [Internet]. 2013 [Citado el 29 de sep de 2016]; 3(2): 1-19. Disponible en:  
[http://cienciasdelasaluduv.com/site/images/stories/3\\_2/08.pdf](http://cienciasdelasaluduv.com/site/images/stories/3_2/08.pdf)
56. Tapia-Álvarez LL, Valdés- Pineda V, González-Juárez F. Evaluación clínica de los trastornos respiratorios del sueño en pacientes pediátricos. Resultados pre y posoperatorios. *An Orl Mex* [Internet]. 2014 [Citado el 29 de sep de 2016]; 59: 221-225. Disponible en:  
<http://www.medigraphic.com/pdfs/anaotomex/aom-2014/aom144a.pdf>
57. Jiménez D, Labra A, Loman Zúñiga OA, De la Paz Ponce Y, Huerta Delgado AD, Haro Valencia R, et al. Relación existente entre la severidad del síndrome de apnea obstructiva del sueño, el índice de masa corporal y el tamaño amigdalino. *An Orl Mex* [Internet]. 2011 [Citado el 29 de sep de 2016]; 56(4): 174-179. Disponible en:  
<http://www.medigraphic.com/pdfs/anaotomex/aom-2011/aom114d.pdf>
58. Zojaji R, Mirzadeh M, Farsi M, Khorashadizadeh M, Reza H. The Effect of Adenotonsillectomy on Children's Quality of life. *Iranian Journal of Otorhinolaryngology* [Internet]. 2014 [Citado el 8 de oct de 2016]; 79(12): 2137-2141. Disponible en:  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4196442/>
59. Pagella F, Amici M, Pusateri A, Tinelli G, Matti E, Benazzo M, et al. Adenoids and clinical symptoms: Epidemiology of a cohort of 795 pediatric patients. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* [Internet]. 2015 [Citado el 8 de oct de 2016]; 79(12): 2137-2141. Disponible en:  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26478108>
60. Marcus CL, Moore RH, Rosen CL, Giordani B, Garetz SL, Taylor G, et al. A Randomized Trial of Adenotonsillectomy for Childhood Sleep Apnea. *The New England Journal of Medicine* [Internet]. 2013 [Citado el 15 de oct de 2016]; 368(25): 2366-2376. Disponible en:  
<http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1215881#t=article>



## 11. ANEXOS

### Anexo N°1:

**Tabla 5.7. Operacionalización de variables**

VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
Edad	Tiempo transcurrido desde la fecha de nacimiento hasta la realización de la cirugía.	Tiempo transcurrido medido en años	Años cumplidos	NUMÉRICA Preescolares 0-4 años, Escolares 5-9 años Adolescentes 10-14 años
Sexo	Condición orgánica que distingue al macho de la hembra en cada especie	Sexo	Femenino Masculino	NOMINAL SI NO
Procedencia	Designa el lugar de origen y comienzo de una persona.	Lugar	Urbana Rural	NOMINAL SI NO
Residencia	Lugar en que se reside o se vive habitualmente.	Lugar	Urbana Rural	NOMINAL SI NO
Tratamiento quirúrgico aplicado	Conjunto de medidas y procedimientos terapéuticos aplicados con el fin de curar una patología.	Tipo de cirugía	Adenoidectomía Amigdalectomía Adenoamigdalectomía	NOMINAL SI NO
Año de la cirugía	Año en el que se realizó la cirugía.	Tiempo	Años	ORDINAL
Nivel socioeconómico	Atributo del hogar que caracteriza su inserción social y económica.	Escala de Graffar modificada	Nivel socioeconómico	ORDINAL Alto 4-6 Medio alto 7-9 Medio bajo 10-12 Obrero 13-16 Marginal 17-20
Calidad de vida	Evaluación multidimensional de bienestar, incluye el ámbito	Cuestionario OSA-18	Calidad de vida	ORDINAL Leve <60 Moderada ≥60



	social, psicológico, físico y ambiental de la persona.			a ≤80 Grave > 80.
--	--	--	--	-------------------

**Anexo N° 2:****UNIVERSIDAD DE CUENCA****FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**

**CALIDAD DE VIDA ANTES Y DESPUÉS DE: ADENOIDECTOMÍA,  
AMIGDALECTOMÍA Y ADENOAMIGDALECTOMÍA EN PACIENTES DEL  
HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO, CUENCA.  
ENERO 2012 - JUNIO 2016.**

**Formulario N°:** \_\_\_\_\_

**Instructivo:** en el presente formulario de recolección de datos usted encontrará varias interrogantes, a las cuáles podrá responder señalando una opción. Usted puede preguntar a las investigadoras si tiene dudas. Necesitamos su colaboración. La información que nos proporcione es confidencial.

**1. Edad:**\_\_\_\_\_ años cumplidos

**2. Sexo:**

2.1. Femenino ☐

2.2. Masculino ☐

**3. Procedencia:**

3.1. Urbana ☐

3.2. Rural ☐

**4. Residencia:**

4.1. Urbana ☐

4.2. Rural ☐

**5. Tratamiento quirúrgico aplicado al paciente:**

5.1. Amigdalectomía ☐

5.3. Adenoamigdalectomía ☐

5.2. Adenoidectomía ☐

**6. Año de la cirugía:**\_\_\_\_\_

**7. Nivel socioeconómico:**



<b>Ocupación, profesión u oficio del jefe o jefa de familia:</b>	
<b>ÍTEMS</b>	<b>PUNTAJE</b>
Profesión universitaria: Ingeniero, agrónomo, médico, auditor, administrador de empresas, abogado, otros. Oficial de las fuerzas armadas con educación superior universitaria	<b>1</b>
Profesión Técnica Superior (Nivel Diversificado): Bachilleres, maestros, perito contador, secretarias, medianos comerciantes o productores como, taller mecánico, ferreterías, carpinterías, estudios fotográficos.	<b>2</b>
Negocio propio, pequeños comerciantes como: tiendas, venta de comida, café internet, sastrería, otros.	<b>3</b>
Trabajadores con primaria completa: albañiles, herreros, personal de seguridad, agricultores, mensajeros, mecánicos, electricistas, fontaneros, fotógrafos, carpinteros otros. Obreros especializados y parte de los trabajadores del sector informal (con primaria completa)	<b>4</b>
Trabajadores sin primaria completa albañiles, herreros, otros.	<b>5</b>
<b>Nivel educacional de la madre:</b>	
<b>ÍTEMS</b>	<b>PUNTAJE</b>
Educación universitaria	<b>1</b>
Nivel Diversificado, Secretaria, Maestra, Bachiller, Perita Contadora, etc.	<b>2</b>
Nivel Básico	<b>3</b>
Nivel Primaria	<b>4</b>
Analfabeta	<b>5</b>
<b>Principal fuente de ingresos a la familia:</b>	
<b>ÍTEMS</b>	<b>PUNTAJE</b>
Fortuna heredada o adquirida	<b>1</b>
Ganancias o beneficios, honorarios profesionales.	<b>2</b>
Sueldo mensual	<b>3</b>
Salario semanal, por día, por hora.	<b>4</b>
Donaciones de origen público o privado, ayuda económica de instituciones.	<b>5</b>
<b>Condiciones de la vivienda:</b>	
<b>ÍTEMS</b>	<b>PUNTAJE</b>
Vivienda con óptimas condiciones sanitarias en ambientes de gran lujo.	<b>1</b>
Viviendas con óptimas condiciones sanitarias en ambientes con lujo sin abundancia y suficientes espacios.	<b>2</b>
Viviendas con buenas condiciones sanitarias en espacios reducidos.	<b>3</b>
Viviendas con ambientes espaciosos o reducidos y/o con deficiencias en algunas condiciones sanitarias	<b>4</b>
Rancho o vivienda con condiciones sanitarias marcadamente inadecuadas	<b>5</b>

\*Tomado de la escala de Graffar modificada.

**8. Calidad de vida:**

Para cada una de las preguntas siguientes, marque el número de veces que mejor describe cuán frecuente cada síntoma o problema le ha ocurrido en las últimas cuatro semanas previas a la cirugía y en las cuatro últimas semanas actuales. Por favor, marque solo un número por pregunta.

Considere: 1. Nunca                      2. Muy alejado                      3. Pocas veces  
4. Algunas veces                      5. A menudo                      6. La mayoría                      7. Siempre

	ANTES DE LA CIRUGIA	DESPUES DE LA CIRUGIA
<b>El niño/a presenta:</b>		
¿Ronquidos fuertes?	1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4 5 6 7
¿Periodos de apnea o pausas respiratorias en la noche?	1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4 5 6 7
¿Ahogos o sonidos de jadeo mientras duerme?	1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4 5 6 7
¿Sueño no restaurador o despertares nocturnos?	1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4 5 6 7
¿Respiración bucal debido a obstrucción nasal?	1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4 5 6 7
¿Resfríos frecuentes o infecciones respiratorias altas?	1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4 5 6 7
¿Nariz congestionada o rinorrea (secreción nasal)?	1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4 5 6 7
¿Dificultad para tragar la comida?	1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4 5 6 7
¿Cambios de ánimos o problemas disciplinarios?	1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4 5 6 7
¿Comportamiento Agresivo o Hiperactivo?	1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4 5 6 7
¿Problemas disciplinarios?	1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4 5 6 7
¿Excesivo sueño durante el día?	1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4 5 6 7
¿Dificultad en la concentración?	1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4 5 6 7
¿Dificultad para levantarse en las mañanas?	1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4 5 6 7
<b>Ustedes padres/tutores han presentado los siguientes problemas:</b>		
¿Preocupación por el estado general de salud de su hijo?	1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4 5 6 7
¿Le ha preocupado que su hijo no reciba suficiente aire	1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4 5 6 7



¿Le ha interferido con la realización de sus actividades diarias?	1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4 5 6 7
¿Le ha causado frustración?	1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4 5 6 7

\*Tomado del cuestionario sobre apneas obstructivas del sueño en pediatría, OSA-18.

Nombre del encuestado y parentesco: \_\_\_\_\_

**GRACIAS POR SU COLABORACIÓN**

**Responsables del formulario:** Angélica Sánchez, Amanda Saquisili.

**Fecha de aplicación del formulario:** \_\_\_\_\_





**Anexo N°3:**

Cuenca, 4 de Julio de 2016

Dr.  
Ismael Morocho  
DIRECTOR DEL DEPARTAMENTO DE DOCENCIA E INVESTIGACION DEL HOSPITAL VICENTE  
CORRAL MOSCOSO  
Su despacho.-

De nuestra consideración:

El motivo de la presente es para solicitarle de la manera más comedida, nos autorice a las estudiantes: Angélica Viviana Sánchez Zamora y Amanda Carla Saquisilí Reyes, estudiantes de quinto año de Medicina de la Universidad de Cuenca el acceso a las historias clínicas del área de Otorrinolaringología, desde el año 2012 al 2016, debido a que en el periodo 2013 al 2015 no encontramos el número de pacientes suficiente para realizar nuestro proyecto de Tesis de Grado con el tema: "CALIDAD DE VIDA ANTES Y DESPUÉS DE: ADENOIDECTOMÍA, AMIGDALECTOMÍA Y ADENOAMIGDALECTOMÍA EN PACIENTES DEL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO, CUENCA, 2013-2015.", que fue previamente aprobado por el Consejo Directivo y por su persona.

Con el mayor deseo de éxito en sus funciones, agradecemos de antemano la acogida.

Atentamente:

  
Angélica Viviana Sánchez Zamora

  
Amanda Carla Saquisilí Reyes





**Anexo 4:**

**UNIVERSIDAD DE CUENCA  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**

**CALIDAD DE VIDA ANTES Y DESPUÉS DE: ADENOIDECTOMÍA,  
AMIGDALECTOMÍA Y ADENOAMIGDALECTOMÍA EN PACIENTES DEL  
HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO, CUENCA.  
ENERO 2012 - JUNIO 2016.**

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA  
PADRE/MADRE/REPRESENTANTE LEGAL.**

**DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO:**

**Información general:** la presente investigación a la cual usted está invitada/o a participar tiene como director al Dr. Segundo Napoleón Alvarado Becerra y es realizada por Angélica Viviana Sánchez Zamora y Amanda Carla Saquisili Reyes, estudiantes de la Escuela de Medicina, usted puede hacer todas las preguntas que desee para entender claramente su participación y aclarar sus dudas, además puede tomarse el tiempo necesario para decidir si formará o no parte de esta investigación.

**Propósito del estudio:** el aumento de tamaño de adenoides y amígdalas palatinas son enfermedades frecuentes, este estudio pretende describir los cambios que estas patologías producen en la calidad de vida de los pacientes antes y después del tratamiento recibido; mediante la aplicación del formulario de recolección de datos, para posteriormente determinar las diferencias.

**Confidencialidad de los datos:** en esta investigación se mantendrá la privacidad de su hijo/a o representado/a, no se dará a conocer su identidad, ni sus datos personales. La información que nos proporcione se identificará con un código que reemplazará su nombre; a la cual tendrán acceso solo los investigadores y el Comité de Bioética de la Universidad de Cuenca. El Comité de Bioética podrá tener acceso a sus datos en caso de que ocurrieran problemas en cuanto a la seguridad y confidencialidad de la ética en el estudio.

**Derechos y Opciones del paciente:** usted puede decidir si su hijo/a o representado/a, participa o no en este estudio, si esto es así tan solo debe decirlo a los investigadores. Además, aunque decida participar puede retirarse del estudio cuando lo desee. Usted no recibirá ningún pago ni tendrá que pagar nada por participar en este estudio.

**Información del contacto:** si usted tiene alguna pregunta sobre el estudio, por favor comunicarse: al 0995061141, correo angelik\_vivi@hotmail.es que



pertenecen a Angélica Sánchez; o al número 0995911418, correo amyc.93@hotmail.com que pertenecen a Amanda Saquisili.

**Consentimiento informado:** yo \_\_\_\_\_ (padre/madre, representante legal), con cédula de identidad \_\_\_\_\_ libre y voluntariamente acepto que mi hijo/a o representado/a participe en esta investigación. Estoy de acuerdo con la información que he recibido. Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada sin mi consentimiento para ningún otro propósito fuera de los de este estudio. He sido informado/a de que puedo hacer preguntas sobre esta investigación y que libremente puedo decidir sobre la participación de mi hijo/a sin que esto acarree perjuicio alguno.

.....  
FIRMA Y NÚMERO DE CÉDULA  
DEL PADRE/MADRE O  
REPRESENTANTE LEGAL.

.....  
FECHA